



Enfoque Actual

Instituto Nacional de Endocrinología. Departamento de Salud Reproductiva

Anticoncepción posparto

[Dra. Gisel Ovies Carballo,¹ Dr. Felipe Santana Pérez² y Dr. Rubén S. Padrón Durán³](#)

Resumen

La anticoncepción durante el posparto adquiere una dimensión especial si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo. Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos, como primera medida para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil. De ahí, nuestro interés por presentar una revisión sobre el uso de los métodos de planificación familiar en este período. Existe consenso en que los aspectos más importantes a tener en cuenta son: la práctica de la lactancia, el contenido hormonal del método, el momento de su introducción y la intención de planificación familiar: espaciar o limitar los nacimientos. En la mujer que lacta, los métodos más recomendados son los no hormonales, seguidos de los hormonales con sólo progestágenos por carecer de efectos adversos sobre la producción y calidad de la leche y sobre la salud del niño, cuando se introducen después de las 6 sem posparto; como última opción los hormonales combinados, siempre después de 6 meses de puerperio. En las mujeres que no lactan se usan iguales métodos a excepción del método de lactancia-amenorrea (MELA), variando sólo el momento de inicio. Se concluyó que la asesoría en materia de anticoncepción durante el posparto es esencial y siempre que sea posible se debe mantener el uso de métodos no hormonales, principalmente los de barrera.

Descriptor DeCS: ANTICONCEPCION; PUERPERIO; CONDUCTA EN LA LACTANCIA.

El posparto es una etapa en la vida de la mujer con características psicológicas y biológicas muy peculiares, que lo hacen un período con requerimientos especiales en materia de salud y en particular, sobre anticoncepción; la cual es vital para lograr un adecuado espaciamiento de los embarazos. Los métodos con que hoy contamos son apropiados para este período, pero el asesoramiento relativo a su utilización difiere del que se da para el uso corriente. El enfoque de la anticoncepción en el posparto es diferente según esté la mujer lactando o no. En el primer caso debe tenerse en consideración que el método seleccionado no interfiera con la lactancia y sea inocuo para la madre y el hijo. En ambos casos se utilizan los mismos métodos, excepto el de la amenorrea láctica (MELA), lo que difiere es el tiempo de inicio de los mismos; entre ellos se incluyen los métodos no hormonales, los hormonales sólo de progestágeno y los combinados.

Anticoncepción posparto en la mujer que lacta

Se deben considerar 3 elementos cuando se va a evaluar la adecuación de un anticonceptivo para uso durante la lactancia.

- a) El contenido hormonal del método.
- b) La intención de la planificación familiar (si es para distanciar o limitar los embarazos).
- c) El momento en que se introduce el método.

De acuerdo con estos indicadores, los métodos de planificación familiar disponibles se han colocado en el siguiente orden de preferencia:

Métodos de primera opción (métodos no hormonales)

- a) MELA.
- b) Métodos de barrera (condón, diafragma, espermicidas).
- c) Métodos de planificación familiar natural (abstinencia periódica).
- d) Métodos de esterilización:
 - o Masculina (vasectomía)
 - o Femenina (ligadura de trompas o salpingectomía).
- e) Dispositivos intrauterinos (DIU).

Métodos de segunda opción (métodos hormonales sólo es progestágeno)

- a) Píldoras orales sólo de progestágeno.
- b) Inyectables.
- c) Implantes.

Métodos de tercera opción (métodos hormonales combinados)

- a) Píldoras orales combinadas.
- b) Inyectables mensuales.

Métodos de primera opción

En este grupo de métodos de primera opción están los más recomendables para usar en este período.

El MELA

La anovulación asociada a la lactancia materna continúa siendo un factor importante en la regulación de la fecundidad, particularmente en África y el Sur de Asia, pero también en Latinoamérica y el Sudoeste de Asia. En zonas del mundo donde los anticonceptivos modernos no son costeables o no pueden obtenerse, la lactancia se convierte en una forma esencial para lograr el espaciamiento adecuado de los nacimientos; incluso en países desarrollados, las investigaciones han demostrado un grado de confiabilidad de protección anticonceptiva del 98 % en aquellas mujeres que están amamantando y aún no han comenzado de nuevo a menstruar.¹

No obstante, hasta hace poco, los proveedores de la planificación familiar no habían promovido los beneficios anticonceptivos del MELA. Durante los años 60 las técnicas

de planificación familiar que se promovieron fueron métodos occidentales (anticonceptivos orales y los DIU) y por largo tiempo se prestó poca atención al papel de la lactancia materna en el espaciamiento de los embarazos.

La lactancia materna se descuidó en los libros de texto y en las agendas de investigación; no fue hasta la década del 80 que comenzó un trabajo serio en este sentido. Se ha llegado a plantear que la oposición a aceptar el efecto anticonceptivo de la lactancia como parte de la estrategia de la planificación familiar se debe en parte al hecho de que los países occidentales, que son los que brindan fondo para la mayoría de las investigaciones sobre la anticoncepción, han abandonado en gran medida la lactancia. Algunos estudios¹ han demostrado que sólo el 58 % de las madres estadounidenses amamantan a sus hijos; sólo el 36 % está amamantando al cabo de 3 meses y el 22 % después de 6 meses. Todavía en la actualidad hay expertos² que consideran que la promoción del MELA como alternativa de otros métodos modernos no es realista, a pesar de las evidencias fisiológicas y de los hallazgos clínicos obtenidos.

Se ha sugerido que el mecanismo por el cual la lactancia ejerce su efecto anticonceptivo es el siguiente:

Alrededor de las 4 semanas posteriores al parto, los niveles de LH plasmática vuelven a un nivel por debajo del normal en la mujer que lacta, mientras en el mismo período se observan niveles normales en mujeres que no están amamantando. Probablemente la lactancia reduzca la secreción hipotalámica de GnRH. Algunos^{3,4} aceptan que la lactancia estimula la secreción de β -endorfinas en el nivel del hipotálamo, la cual a su vez inhibe el generador de pulso de LH-RH hipotalámica.

Los niveles incrementados de prolactina están claramente relacionados con el patrón de lactancia, se han postulado los efectos inhibidores de la prolactina en la secreción de gonadotropinas y/o en la función ovárica. Sin embargo, su efecto es inconstante puesto que algunas mujeres que lactan muestran ciclos ovulatorios, a pesar de los niveles altos de esta hormona.³

En 1988 en Bellagio, Italia, se realizó una declaración de consenso⁵ donde se cuantificó por primera vez el efecto anticonceptivo de la lactancia exclusiva en los primeros 6 meses posparto y se elaboraron directrices para el uso de ésta; los autores diferenciaron cuidadosamente entre lactancia general y el método de la amenorrea de la lactancia; el cual requiere que la mujer que esté amamantando cumpla con ciertos requisitos:

1. Que no se haya reanudado la menstruación.
2. Que no hayan transcurrido más de 6 meses del parto.
3. Que no se haya comenzado a dar al bebé cantidad significativa de alimentos además de la leche materna.

Sobre este último aspecto, el doctor *Roger Short*, de la Universidad de Monash de Australia favorece el método de una sola regla, citando su investigación hecha en 1991 entre 142 mujeres que estaban lactando, la cual sugiere que la introducción de alimentos suplementarios determina poca diferencia en la eficacia anticonceptiva.⁶

La directriz original de Bellagio que indica que la mujer debe de estar amamantando de forma completa o casi completa parece ser la característica menos importante del MELA.² Sin embargo, eliminar el criterio de los alimentos suplementarios tiene sentido sólo en aquellos lugares donde las mujeres practican la lactancia prolongada y experimentan típicamente una amenorrea como promedio de un año o más. Existen autores que discrepan en eliminar esta tercera directriz y señalan que después de los 6 meses posparto la amenorrea lactacional requiere un promedio de 15 o más secciones de lactancia por día y cada una por un promedio de 10 min o más, limitar los alimentos suplementarios a menos del 10 % de la alimentación dada a los bebés y, probablemente, pocas mujeres mantendrían este régimen tan exigente.⁷

En estudios recientes^{8,9} se ha demostrado que el MELA es tan eficaz como cualquier otro método no quirúrgico de planificación familiar, mantiene una eficacia del 99,5 % durante los 6 meses.

Aún con un uso óptimo del MELA, este es un método temporal que requiere ser seguido inmediatamente de otro método anticonceptivo, una vez que no cumpla con uno de los 3 criterios antes señalados. El uso de un método adicional debe permitir a la madre continuar la lactancia por las ventajas que le ofrece para la salud del niño, por eso su preservación debe ser uno de los criterios predominantes en la elección de un método de planificación familiar durante este período. A continuación ofrecemos otras opciones dentro de los métodos de primer orden.

Métodos de barrera

Este grupo de métodos, por algunas de sus características, se hace particularmente atractivo durante el período de lactancia, pues es dependiente del coito y generalmente en este tiempo la frecuencia en relaciones sexuales es más baja que antes del embarazo; además, el efecto lubricante del espermicida puede ser bien recibido si la mujer experimenta signos vaginales producto de la supresión de estrógenos.

Específicamente el condón, además de su efecto anticonceptivo, protege contra enfermedades de transmisión sexual, no afecta la lactancia ni ofrece riesgos para la madre ni el niño y su uso puede ser tan pronto como se reanuden las relaciones sexuales.

El diafragma no debe usarse antes de las 6 sem posteriores al parto para evitar la aparición de endometriosis, así como por la necesidad de evaluar las mediciones luego de la involución uterina.

Los espermicidas son eficaces siempre que se usen de forma correcta y en combinación con otros métodos de barrera. Sobre este grupo de métodos se han realizado pocos estudios que evalúen su efectividad durante la lactancia, aunque se plantea que se mantiene.

Este grupo de métodos es el más ampliamente usado por las mujeres norteamericanas que lactan.³

Métodos de planificación familiar

Para utilizarlos la mujer debe aprender a interpretar los signos de fertilidad y evitar las relaciones sexuales durante los días no seguros. Estos signos son de difícil interpretación durante la lactancia, por lo que no son muy usados durante este período.

Métodos de esterilización (permanentes)

- Vasectomía

Es una de las alternativas disponibles más apropiadas porque es segura, efectiva y no provoca efecto alguno sobre la lactancia, puede realizarse en cualquier momento y además, es más barata que la esterilización femenina. Después de la vasectomía, el aparato reproductor masculino continúa eliminando espermatozoides durante alrededor de 20 eyaculaciones por lo cual la mujer necesita usar otro método de anticoncepción durante ese tiempo para obtener una mayor protección.

- Esterilización femenina

Es igualmente segura, eficaz y no interviene en la lactancia. En cuanto a la determinación del tiempo óptimo para su realización se han producido considerables cambios en las últimas décadas. A finales de los años 40, *Hellmana y Whitacre* correlacionaron los intervalos de tiempos largos entre el parto y la esterilización con un aumento marcado de salpingitis histolítica y en los cultivos uterinos bacteriológicamente positivos y llegaron de forma independiente a la conclusión de que los más seguros eran los procedimientos quirúrgicos tempranos.^{10,11} Durante los años 50 y 60, la mayoría de los clínicos siguieron esta recomendación y en 1964, *Overstreet* exhortó a que se limitara la cirugía estrictamente a las primeras 48 h posparto.¹² No obstante, poco tiempo después, los estudios clínicos no lograron correlacionar la morbilidad real con la duración del intervalo entre el parto y la esterilización y no se encontró ninguna correspondencia entre la salpingitis histolítica y las complicaciones clínicas.^{13,14}

Sin embargo, cuando las circunstancias obligan a un mayor intervalo, la cirugía tardía es igualmente segura. Si se decide retrasar el procedimiento por más de 7 d a partir del parto, la OMS recomienda una espera de por lo menos 6 sem para realizarlo, hasta que el útero recupere su tamaño normal.¹⁵ Este es un método permanente por lo cual debe ser escogido por aquellas parejas que no deseen más descendencia. Estudios realizados reportan que entre el 2 y el 13 % de las mujeres expresan arrepentimiento acerca de la esterilización.¹⁶ En general, el arrepentimiento con respecto al procedimiento y/o deseo de cambio se ha asociado a personas jóvenes, de baja paridad, nuevo casamiento o muerte del hijo después de realizado el proceder, por lo cual el consejo es muy importante a la hora de ayudar a la pareja a decidir un método de planificación familiar.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Los DIU son otros de los métodos de control de la fertilidad que se recomiendan durante el posparto ya que no poseen ningún efecto sobre la lactancia.¹⁷ Hay autores que lo consideran el método más eficaz para la mujer que lacta.¹⁸ Como tal, los DIU debieran desempeñar una importante función en la anticoncepción posparto ya que las mujeres pueden sentirse demasiado motivadas para poner fin a su fecundidad en el momento del parto, pero cambiar de opinión más tarde y los DIU, a diferencia de la esterilización, son fácilmente reversibles.

En cuanto al momento de inserción de los DIU, los resultados son controversiales: las investigaciones iniciales plantean que los DIU insertados durante el período inmediatamente posterior al parto tienden a ser expulsados más fácilmente que los DIU insertados en otro momento.¹⁸ En 1966, el Programa Internacional de Planificación Familiar Posparto del Consejo de Población inició un estudio en varios centros sobre anticoncepción por medio de los DIU; su inserción se practicó antes de dar el alta a la paciente, por lo general entre los 10 d posparto; se halló una elevada tasa global de expulsión de 20,5 por 100 mujeres a los 3 meses de uso.¹⁹

La OMS, a finales de los años 70, realizó un estudio multicéntrico donde se practicaron inserciones de 3 tipos de DIU asignados de forma aleatoria inmediatamente después de la expulsión placentaria en 841 mujeres, esta investigación reveló una tasa elevada de expulsión y de embarazo por lo cual la OMS interrumpió el estudio antes de terminar.²⁰

Al revisar la anticoncepción posparto por medio de DIU es importante mencionar la experiencia de Profamilia, organización afiliada a la *International Planned Parenthood Federation* de Colombia y al Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). En el Departamento Posparto de la primera, entre mayo de 1969 y diciembre de 1970, más del doble de las pacientes optaron por la inserción del DIU inmediatamente posterior al parto y en una muestra de 200 inserciones inmediatas (definida como la inserción antes de dar de alta a la paciente) del asa de Lippes, el 44,8 % de las mujeres la expulsaron dentro de los 30 primeros días; en el segundo Instituto, sólo entre 1983-1984, se practicaron más de 80 000 inserciones posparto y se observó una tasa de expulsión global del 15,1 x 100 mujeres a los 3 meses de uso.²¹

En investigaciones más recientes se ha demostrado que resulta seguro insertar los DIU inmediatamente después de la expulsión de la placenta [dentro de los primeros 10 min (IPPI)] realizado por un personal experimentado que coloque el DIU en el fondo uterino, lo que reduce significativamente la posibilidad de expulsión.²²

En general, los estudios realizados antes de los años 70 propugnaban que las inserciones posparto de los DIU debían realizarse entre las 6 y 8 sem posteriores al parto por temor a perforaciones, infecciones o sangramiento, aunque los estudios recientes al respecto no han encontrado mayor incidencia de complicaciones con la IPPI. *Thiery* y otros llegaron a la conclusión de que la IPPI es un procedimiento seguro y debe ser recomendado para una amplia utilización a lo largo del mundo.²³ No obstante, la OMS²⁴ propone como período ideal para la inserción de los DIU, independientemente de su tipo, pasadas las 4 sem, aunque en el caso de la T de cobre, generalmente se pueden insertar antes de las 48 h.

Métodos de segunda opción

Estos métodos en general siempre deben usarse después de las 6 sem posteriores al parto y no tienen efecto adverso sobre la lactancia, el crecimiento y desarrollo del niño. Se ha demostrado que muy pequeñas cantidades de hormona son excretadas en la leche e ingeridas por el bebé y que intraútero estuvo expuesto a altos niveles de progesterona por lo que la exposición a pequeñas cantidades no trae consecuencias adversas.

Píldoras orales sólo de progestágeno

Éstas ofrecen varias ventajas en relación con los métodos hormonales que contienen estrógenos ya que tienen menos efectos secundarios sobre todo en el nivel cardiovascular, pero quizás la ventaja más importante es que no tienen efectos adversos en la lactancia,²⁵ por lo que algunos autores²⁶ recomiendan su uso en el período posparto.

Varios estudios han demostrado que la cantidad y calidad de la leche materna, así como la duración de la lactancia no se ven afectadas por este tipo de anticonceptivo.¹⁷ Estudios más recientes notificaron de forma similar que las mujeres que comenzaron a tomar este tipo de anticonceptivo dentro de la semana posterior al parto no informaron ningún efecto negativo sobre la producción de leche, por el contrario algunas notaron un efecto positivo.²⁷

Un estudio realizado recientemente por la OMS concluyó que las píldoras que contienen sólo progestágenos, cuando se comienzan a tomar 6 sem después del parto no perjudican el crecimiento ni el desarrollo de los niños.²⁸

Este método ofrece otras ventajas si se compara con los seleccionados como de primera opción; es más eficaz que el método del ritmo, no interfiere en la espontaneidad del coito (por lo tanto el cumplimiento debe ser mejor), no requiere capacitación de otro personal para proveer el método como es el caso de los DIU y es un método fácilmente reversible.

Inyectables

De los anticonceptivos inyectables, la depoprovera ha sido uno de los más estudiados y la mayoría de los trabajos publicados^{29,30} señala que la administración de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona no tiene efecto adverso sobre la lactancia y sugieren que su administración puede estar asociada a una prolongación de la misma o a una mayor producción de leche. Sólo un estudio informó una modificación negativa de estos indicadores.³¹ En otras investigaciones^{32,33} donde se evaluó el desarrollo prepuberal durante el cuarto y undécimo año de vida de los hijos de madres que recibieron este inyectable durante la lactancia, se encontró que éste era normal. En ambos estudios el anticonceptivo se había comenzado a utilizar a partir del segundo mes posparto y las madres habían continuado lactando por un tiempo prolongado.

También con el enantato de noretisterona los estudios realizados^{34,35} sugieren que esta preparación tampoco presenta efecto negativo sobre la lactancia materna.

Implantes

La mayoría de los estudios^{36,37} realizados sobre su efecto en la lactancia se han llevado a cabo con el norplant. En ellos no se detectaron efectos negativos sobre la duración de la lactancia, el crecimiento y la salud de los niños. Los niveles en suero de levonogestrel que se observan con el uso del norplant son más bajos que los obtenidos con las píldoras orales que contiene este progestágeno lo cual sugiere que su uso no debe afectar la lactancia ni el crecimiento de los niños. Recientemente se llevó a cabo un estudio³⁸ acerca del efecto del uniplant sobre la lactancia materna y los resultados fueron similares.

Métodos de tercera opción

Las observaciones de trabajos que evalúan el efecto de los anticonceptivos orales combinados concluyen que estas píldoras interfieren negativamente en la duración de la lactancia, crecimiento de los niños y composición de la leche materna. La magnitud de esta influencia negativa parece estar relacionada con la dosis utilizada y con el momento en que se inicia su uso, de modo que el efecto inhibitorio es mayor cuanto más precoz sea el comienzo y mayor sea la dosis del esteroide de la preparación.

Estas observaciones han llevado a contraindicar su uso durante la lactancia, por lo cual se deja sólo para casos excepcionales donde no se puedan utilizar los métodos de primera y segunda opción y nunca antes de las 6 primeras semanas posteriores al parto y de usarse se prefiere después de los 6 meses³⁹ (tabla).

TABLA. *Criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos en el período posparto*

Condición	<i>Anticonceptivos</i>	<i>Inyectables</i>	<i>Minipíldoras</i>	<i>Inyectables</i>	<i>Dispositivos</i>	
	orales combinados	mensuales combinados	(sólo progestágenos)	trimestrales	intrauterino	
Lactando					DIU-Cu	DIU-Lng
< 6 sem posparto	4	4	3	3		
6 sem a 6 meses	3	3	1	1		
> de 6 meses posparto	2	2	1	1		
No lactando						
< 3 sem	3	3	1	1		
≥ 3 sem	1	1	1	1		
Posparto lactando o no						
< 48 h					2	3
48 h a 4 sem					3	3
> 4 sem					1	1*
Sepsis puerperal					4	4

1. El método usado en cualquier circunstancia.

2. Método generalmente puede utilizarse.
3. Su uso no se recomienda a menos que los otros métodos más apropiados no estén disponibles.
4. El método no debe usarse.

* Si está lactando el DIU-Lng pasa a categoría 3 hasta las 3 sem posparto.

Anticonceptivos pospartos en la mujer que no lacta

Como se dijo con anterioridad, la mujer que no está amamantando tiene las mismas opciones anticonceptivas que la que sí está lactando, excepto el MELA; pero existen diferencias en cuanto al momento de inicio de los mismos (tabla).

Tiempo de iniciación del método

- DIU: Inmediatamente después del parto (< 48 h) o después de 4 sem.
- Condón/espermicida: en cualquier momento.
- Diafragma: a partir de las 6 sem.
- Planificación familiar natural: de 3 sem en adelante.
- Esterilización femenina y masculina: en cualquier momento.
- Métodos hormonales sólo de progestágeno: en cualquier momento.
- Métodos hormonales combinados: de 3 sem en adelante.

Se concluye que la asesoría en materia de anticoncepción durante el posparto es esencial y sobre todo en aquella mujer que está lactando, por la necesidad de que el anticonceptivo utilizado no perjudique la continuidad de la lactancia. Además, siempre que sea posible se debe mantener el uso de métodos no hormonales, principalmente los de barrera, una vez que el MELA no cumpla con los requisitos que garantizan su eficacia.

Summary

Contraception during postpartum acquires a special dimension if you take into account that the selected method should guarantee the maintenance of breast feeding and the mother and child's health. An adequate spacing of pregnancies is also important as a first step to reduce the risk of maternal and child morbidity and mortality. That's why we are interested in making a review on the use of family planning methods during this period. The most important aspects to take into account are: breast feeding, the hormonal content of the method, the right moment for its introduction, and the goal of family planning, that is, to space or limit births. The nonhormonal methods are the most recommended for nursing women, followed by the hormonal ones with only progestogens, since they have no adverse effects on the production and quality of milk and on the child's health when they are introduced 6 weeks after delivery. As a last option, the hormonal methods may be combined 6 months after puerperium. The same methods are used with nonnursing women with the exception of the lactation-amenorrhea method in which the initial time must be modified. It was concluded that contraception counselling during postpartum is essential, and that the nonhormonal methods, mainly the barrier ones, should be used whenever it is possible.

Subject headings: CONTRACEPTION; PUERPERIUM; SUCKING BEHAVIOR.

Referencias Bibliográficas

1. Family Health International. Después del embarazo surgen necesidades. Network (esp)1997;17:7-12.
2. La Lactancia: el «nuevo» método anticonceptivo. Network (esp) 1993;8:6-11.
3. Kennedy K. Fertility, sexuality and contraception during lactation. En: Family Health International. Postpartum contraceptive technology Update Series 1993:429-455.
4. Short R. Breastfeeding, fertility and population growth. Nutrition and Population Links. Informe del Simposio ACC/SCN 1992;11:40-42.
5. Kennedy K, Labbok MH, Look PFA van. Consensus statement. Lactational amenorrhoea method for family planning. Int Gynecol Obstet 1996;54:55-7.
6. Short R, Lewis P, Renfree M, Shaw G. Contraceptive effects of extended lactational amenorrhoea: beyond the Bellagio Consensus. Lancet 1991;2:1517-21.
7. Gray R. Lactational amenorrhoea. Lancet 1991;2:1232-6.
8. Pérez A, Labbok MH, Queenan JT. Clinical study of the lactational amenorrhoea method of family planning. Lancet 1992;2:968-70.
9. Kazi A, Kennedy K, Visness C, Khan T. Effectiveness of the lactational amenorrhoea method in Pakistan. Fertil Steril 1995;64:717-23.
10. Hellman LM. Morphology of the human fallopian tube in the early puerperium. Am J Obstet Gynecol 1949;57:154-7.
11. Whitacre FE, Loeb W, Loeb L. The time for postpartum sterilization: report of 150 cases bacteriologic studies on the postpartum uterus. Am J Obstet Gynecol 1946;52:1041-4.
12. Overstreet EW. Techniques of sterilization. Clin Obstet Gynecol 1964;7:109-11.
13. Edwards LE, Hakanson EY. Changing status of tubal sterilization: an evaluation of 4 years experience. Am J Obstet Gynecol 1973;115:347-50.
14. Mabrray CR, Malinak R, Flowers CE. Tubal sterilization: morbidity on a charity hospital service. Obstet Gynecol 1970;36:203-7.
15. Family Health International. Esterilización femenina: Segura y muy eficaz. Network (esp) 1997;18:8-11.
16. _____. El asesoramiento fomenta la elección voluntaria. Network (esp) 1997;18:18-20.
17. Díaz S, Croxatto HB. Contraception in lactating woman. Curr Opin Obstet Gynecol 1993;5:815-22.
18. Chi IC, Farr G. La anticoncepción postparto por medio de los DIU-reseña de una experiencia internacional. Family Health International 1990;9S:1-13.
19. Zatuchni GI. Postpartum Family Planning. A report on the International Program. Nueva York: Mac Graw Hill, 1970.
20. Xu JX, Reusché C, Burdan A. Immediate postplacental insertion of the intrauterine device: a review of Chinese and the world's experiences. Adv Contracep 1994;10:71-82.
21. Family Health International. Postpartum IUDs:a boom to family planning. Network 1985;1:1-2.
22. _____. El momento de la inserción Del DIU es vital. Network (esp) 1996;16:21-24.
23. Thiery M, Pas H van der, Delbeke L, Kets H van. Comparison performance of two copper-wired IUDs (MLCu 250 y TCu 200) immediate postpartum and interval insertion. Contracep Deliv Syst 1980;1:27-35.

24. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. Geneva, Family and Reproductive Health, World Health Organization. 1996: WHO/FRP/FPP/96.9
25. Chi IC, Robbins M, Balogh S. The progestin-only contraceptive- its place in postpartum contraception. *Adv Contracep* 1992;8:93-103.
26. Toddywalla VS, Patel SB, Betrabet SS, Saxena BN. Low-dose progestogen contraception and the nursing mother. *Adv Contracep* 1995;11:285-94.
27. Mc Cann MS, Moggia AV, Higgins JE. The effects of a progestin-only oral contraceptive (Levonogestrel 0,03) on breastfeeding. *Contraception* 1989;40:635-48.
28. Family Health International. Las píldoras con pocos efectos secundarios. *Network (esp)* 1995;10:11-6.
29. Badraovi F, Hefnawi R, Bahgat R, Fawzi G, El Gaali O, Ismail H, et al. Contraception during lactation. *Reproduction* 1982;6:9-18.
30. Hull VJ. The effects of hormonal contraceptives on lactation: current priorities. *Stud Fam Plann* 1981;12:134-55.
31. Parveen L, Chowdhvry A, Chowdhvry Z. Injectable contraception (Medroxyprogesterone acetate) in rural Bangladesh. *Lancet* 1997;2:946-8.
32. Jimenez J, Ochoa M, Soler MP, Portales P. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depo-medroxy-progesterone acetate. *Contraception* 1984;30:523-33.
33. Koetsawang S, Boonyaparakob V, Suvanichati S, Baipeelkul S. Long-term study of growth and development of children breast-fed by mothers receiving depoprovera (Medroxyprogesterone acetate) during lactation. En: Zatuschni GI, Goldsmith A, Shelton JD, Sciarra JJ. Long-acting contraceptive delivery systems. Pennsylvania: Harper and Row, 1984:378-87.
34. Karim M, Ammar R, El Mahgoub S, El Ganzoury B, Fikri F, Abdou I. Injected progestogen and lactation. *Br Med J* 1991;1:200-3.
35. Mc Cann MF, Lisking LS, Piotrow PT, Rinehart W, Fox G. Breastfeeding, fertility and family planning. *Pop Rep* 1981;24:11-7.
36. Díaz S, Herreros C, Juez G, Casado ME, Salvatierra AM, Miranda P, et al. Fertility regulation in nursing women: VII Influence of NORPLANT Levonogestrel implants upon lactation and infant growth. *Contraception* 1985;32:53-74.
37. Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonogestrel contraceptive implants, Norplant, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception* 1985;32:623-35.
38. Abdel-Aleem H, Abul-Ogoun ESM, Shaaban MM, El Saeed M, Makhoulf A, Salem HT. The use of nomegestrol acetate subdermal contraceptive implant, uniplant during lactation. *Contraception* 1996;54:281-6.
39. Family Health International. Los anticonceptivos orales son seguros y muy eficaces. *Network (esp)* 1996;16:4-9.

Recibido: 8 de diciembre de 1998. Aprobado: 29 de enero de 1999.

Dra. Gisel Ovies Carballo. Instituto Nacional de Endocrinología, Departamento de Salud Reproductiva, Zapata y D, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba

¹ Especialista de I Grado en Endocrinología.

² Especialista de II Grado en Endocrinología. Investigador Auxiliar. Maestro en Ciencias en Salud Reproductiva.

³ Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Endocrinología. Investigador y Profesor Titular.

[Indice Anterior](#)