



Anticoncepción en el postparto

Pío Iván Gómez Sánchez, Profesor Asociado, Director del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Instituto Materno Infantil. Universidad Nacional de Colombia.

Nota de Editor: Dentro del marco del VIII Congreso de AEXMUN, se presentó ésta ponencia de notable interés para el ejercicio profesional.

La atención hospitalaria del evento obstétrico (aborto o parto) es una oportunidad para ofrecer consejería en planificación familiar e incluso para que la mujer obtenga el método de su preferencia, teniendo en cuenta las características propias de la madre lactante y de acuerdo al riesgo reproductivo de cada mujer en particular. Por lo anterior han tenido gran éxito los programas de anticoncepción quirúrgica voluntaria, generando un gran vacío en las mujeres que desean planificación no definitiva, ya que usualmente la mayoría de hormonales se contraíndican en la lactancia y no hay amplia disponibilidad de progestágenos solos, que de todas formas se pueden utilizar desde las seis semanas del postparto. Por otra parte, lo que usualmente se recomienda a las mujeres que deciden utilizar dispositivo intrauterino (DIU), es que regresen luego de 4 a 8 semanas; muchas mujeres no regresan o cuando lo hacen están nuevamente gestando.

Con la paciente que presenta un aborto sucede algo similar y rara vez

abandona el Hospital con un método de anticoncepción.

Revisaremos las opciones anticonceptivas para la mujer lactante en el postparto.

Lactancia materna. *Es indiscutible el beneficio de la lactancia materna para el bienestar del recién nacido al proporcionar inmunidad contra infecciones, disminuir la incidencia de enfermedades gastrointestinales, y reducir las tasas de mortalidad en los niños que reciben lactancia materna.*

Adicionalmente aumenta la supervivencia infantil al ejercer efecto anticonceptivo espaciando el intervalo entre los nacimientos, especialmente en países en desarrollo. También se menciona algún efecto protector de la lactancia contra el cáncer de mama. Teniendo en cuenta los beneficios anotados y la duda por parte del personal médico en recomendar la lactancia materna como método contraceptivo, presentamos algunos estudios que muestran la efectividad anticonceptiva de la lactancia materna. Gray y cols demostraron en EE.UU. y Filipinas que en los primeros seis meses post-parto, había riesgo de ovulación del 10% en mujeres con

lactancia parcial y solo 1-5% cuando la lactancia era total.

En Tailandia, Israngkura y cols demostraron que en los primeros seis meses post-parto en mujeres que no daban alimentos suplementarios al niño y que se encontraban en amenorrea no había ovulación en el 90%. En agosto de 1.988, se reunieron en Bellagio (Italia) un grupo de expertos que revisan datos sobre lactancia materna de ocho países y declararon « El Acuerdo de Bellagio», que concluye: «cuando una madre se encuentra en lactancia exclusiva o casi exclusiva y permanece en amenorrea, el amamantamiento proporciona una protección contra el embarazo mayor del 98% en los primeros seis meses post-parto».

El riesgo de embarazo se aumenta: si la lactancia se complementa con otros alimentos y si reaparece la menstruación después de seis meses post-parto.

El Instituto para Estudios Internacionales de Planificación Familiar Natural recomienda que cuando se den alimentos suplementarios, se ofrezca leche materna previamente; que el amamantamiento se de cada vez que el

niño tenga hambre, tanto de día como de noche y que no se ofrezca leche en biberón u otro tipo de pezón artificial.

Si no se cumplen todas los criterios anotados la mujer debe utilizar un método de planificación complementario, que no interfiera con la lactancia materna.

MÉTODOS DE BARRERA

Son aquellos que mecánica o químicamente impiden la fecundación evitando la unión del óvulo y el espermatozoide.

Son métodos de barrera: el condón masculino y femenino, el diafragma, capuchón cervical y los espermicidas.

Algunos tienen la ventaja de disminuir enfermedades sexualmente transmitidas (ETS), el preservativo previene infecciones por: virus del herpes, virus de la inmunodeficiencia humana, Chlamydia trachomatis y Gonococo. Además, se pueden usar libremente en el postparto o postaborto.

Dispositivo intrauterino (DIU). Pensamos que en el postparto, postaborto e incluso en casos seleccionados de cesáreas se puede aplicar un DIU, sin temor a aumentar la incidencia de morbilidad febril y otras complicaciones.

Si se inicia el programa de DIU postevento obstétrico, se puede iniciar la consejería en planificación familiar, desde el mismo control prenatal y la mujer podrá decidir antes del parto si desea utilizar el DIU.

Existen muchas evidencias en la literatura médica que favorecen el uso del DIU postevento obstétrico, demostrando mayor aceptación por parte de estas usuarias, al compararlas con las usuarias de

inserción de DIU clásica.

En el postparto existen cuatro formas de aplicación de DIU:

1. Inserción postplacenta: se realiza dentro de los primeros 10 minutos que siguen al alumbramiento, ya sea después de un parto vaginal o después de cesárea.

2. Inserción en el postparto inmediato: cuando se inserta el DIU en la primera semana del puerperio usualmente en las primeras 48 horas.

3. Inserción puerperal ó tardía: entre la 1-6 semana del puerperio, en este tipo de inserción el riesgo de perforación uterina es más acentuado.

4. Inserción postpuerperal (o de intervalo): es cuando se realiza entre las 6-8 semanas luego del parto.

Técnicas de inserción. La inserción del DIU postparto requiere el uso de guantes e instrumental estériles. Se puede aplicar manualmente, si hay anestesia o intracésarea y con una pinza de anillo (foerster o corazón) si no hay anestesia. Los hilos quedan dentro del útero cuando el DIU se coloca por primera vez. Por lo general, los hilos descienden al cérvix espontáneamente durante el período postparto.

No se recomiendan antibióticos profilácticos para este procedimiento, como tampoco anestesia diferente a la que se utilice para el parto. La administración de oxitocina no se necesita para la inserción del DIU postparto, los oxitócicos pueden incluso dificultar la inserción postplacenta y se deben usar solo con indicación médica.

Instrucciones post-inserción. Es importante suministrar instrucciones claras a la usuaria del DIU post parto,

las cuales le permitan utilizar el método con seguridad, eficazmente y a satisfacción. Se recomienda proporcionar las instrucciones verbalmente y por escrito utilizando un lenguaje sencillo y de fácil comprensión para la usuaria.

El procedimiento para las instrucciones verbales es el siguiente:

- Averiguar el conocimiento que tiene la usuaria acerca de los dispositivos intrauterinos.
- Informarle que tipo de DIU se le colocó. Mostrarle un dispositivo o una ilustración del mismo para que pueda apreciar su aspecto y tamaño.
- Explicarle durante cuánto tiempo la protegerá el DIU del embarazo.
- Reafirmarle que el DIU no afecta la lactancia.
- Aclararle que en pocas semanas, los hilos del DIU probablemente pasarán del útero a la vagina. Informarle que durante la visita de seguimiento, un trabajador de la salud cortará los hilos, si ellos producen molestias.
- Informarle acerca de la posibilidad de expulsión del DIU, especialmente durante las primeras semanas siguientes a la inserción. Con frecuencia, la expulsión ocurre después de un cólico abdominal. Informarle que ella puede encontrar el DIU si lo expulsa. Explicarle que se podrá insertar un nuevo dispositivo si ella así lo desea. En caso de expulsar el DIU durante su estadía en el hospital, la inserción se puede realizar en este momento. De lo contrario, el nuevo dispositivo puede colocarse durante la visita postparto, a las seis semanas, o posteriormente si es necesario.
- Explicarle la forma de verificar la posición de los hilos, lo cual debe hacer por lo menos una vez al mes, después de la menstruación pero no antes de seis semanas después del

parto. Subrayar la necesidad de que la usuaria regrese a la clínica si no siente los hilos.

- Comunicarle que cuando regresa la menstruación, algunas usuarias del DIU sienten cólico y sangrado más abundante durante el período.
- Aclararle que el DIU no la protegerá a ella y a su cónyuge contra la infección por VIH u otras enfermedades de transmisión sexual. Aparte de la abstinencia, los condones de látex, ofrecen la mejor protección contra la infección por VIH y otras ETS
- Describir las señales de complicaciones potenciales: atrasos menstruales y otros síntomas de embarazo, sangrado o manchas intermenstruales o después de las relaciones sexuales, severo dolor en el abdomen, relaciones sexuales dolorosas, presencia de flujo vaginal inusual después de las seis semanas postparto, hilos ausentes, más cortos o más largos.
- Decirle a dónde acudir en caso de que se presenten problemas.
- Garantizarle que el DIU se le puede retirar en caso de que cambie de parecer acerca del método. Agregarle que no es aconsejable que ella trate de retirar el dispositivo.
- Informarle acerca de la fecha en que debe regresar para el control periódico para el retiro del DIU. Por lo general el primer control se hace a las seis semanas, durante la visita de seguimiento postparto. A partir de entonces se recomienda un examen pélvico anual.
- Aconsejarle que acuda a una institución de salud si tiene alguna inquietud acerca de cualquier aspecto del uso del DIU.
- Suministrarle instrucciones escritas. Si la usuaria no lee muy bien recomendarle que solicite a algún familiar o vecino que le lea las instrucciones.

Anticoncepción con hormonales. Los métodos que contengan estrógenos

como: anovulatorios orales combinados, inyectables mensuales o anillos vaginales combinados, no se recomiendan en el postparto, pues el estrógeno actúa a nivel de receptores mamarios de prolactina alterando la lactancia. Se podrían utilizar cuando por circunstancias especiales (óbito fetal), no hay lactancia, pero se iniciarán entre la 3 y 6 semanas, para evitar procesos tromboembólicos.

Los progestágenos se han utilizado para anticoncepción desde hace varias décadas, en inyectables bi o trimestrales, minipíldora, implantes subdérmicos, parches cutáneos e incluso anillos vaginales. Actualmente en Colombia están disponibles: inyectables trimestrales y Norplant VI que hace parte de los implantes no biodegradables, pues ya existe la posibilidad de implantes biodegradables.

Inyectables bi-trimestrales. Se han usado dos hormonas: acetato de medroxiprogesterona (AMPD) (150mg) para uso trimestral y enantato de noretindrona (200 mg) cada dos meses. Este último no está en Colombia. El primero de ellos fue aprobado por la FDA en 1992.

Inicialmente asoció el uso de AMPD con desarrollo de cáncer mamario, pero hoy día se acepta que no hay relación directa. Es un método económico, fácil de usar por la paciente y de gran utilidad cuando están contraindicados los estrógenos. Se ha convertido en el método de elección en las mujeres con anemia de células falciformes pues experimentos in vitro en 1967 ya demostraban que la progesterona, testosterona y norandrosterolona inhibían el desarrollo de hematíes falciformes en la sangre, posiblemente gracias a una acción estabilizadora de la membrana de las células rojas, así el AMPD además de servir como método de planificación, disminuye el

número de crisis falciformes en estas pacientes.

En la consejería hay que insistir en el alto porcentaje de alteraciones de la menstruación con incidencia de amenorrea entre 30-60%, se debe mencionar que aunque el método no produce infertilidad permanente como antes se creía, la recuperación de la fertilidad puede demorarse hasta un año después de la suspensión del método.

Implantes no biodegradables

Norplant VI. Es el prototipo de los implantes subdérmicos. Consiste en seis tubos flexibles, no biodegradables (elastómero de silicona) cada uno de 34 mm x 2.4 mm, conteniendo 36 mg de L-Norgestrel, que se liberan diariamente, 50-80 ug/día el primer año y luego en promedio 30-35 ug/día. Es eficaz por cinco años.

El Norplant suprime la ovulación hasta en el 50% de las pacientes en el primer año de uso, alterando adicionalmente el moco cervical y el endometrio, su principal mecanismo de acción es sobre el moco cervical pues lo vuelve impenetrable para los espermatozoides.

La aplicación se hace durante la menstruación o máximo 5-7 días después. En lactancia se puede aplicar a partir de la tercera a sexta semana del parto. A las 24 horas de aplicación, ejerce acción anti-conceptiva.

Su principal efecto secundario es el desarreglo menstrual, que varía desde oligomenorrea, amenorrea y más frecuentemente manchados persistentes, especialmente en el primer año de uso. También se producen cefalea y cambios en el peso, pero con menor frecuencia.

Esterilización quirúrgica femenina. Siempre debe realizarse con materiales de sutura absorbibles por que con materiales inabsorbibles (seda por ejemplo) hay mayor riesgo de recanalización tubaria.

Cualquiera que sea la técnica usada debe ser hecha a nivel istmico pues allí el calibre tubario es uniforme y si en el futuro hay necesidad de recanalización es técnicamente más sencilla.

Técnica de minilaparotomía con anestesia local. En el Instituto Materno Infantil de Bogotá se inició desde 1990 el programa de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) con anestesia local y se han realizado en los últimos seis años cerca de 1000 intervenciones.

La ventaja de esta técnica es que se realiza con la paciente despierta y con anestesia local, disminuyendo no sólo costos hospitalarios sino morbilidad pues la incisión es pequeña, sólo se utiliza una sutura para todo el procedimiento y se obvian los riesgos inherentes a la anestesia general.

Como prerrequisito es necesario que la mujer haya recibido amplia y suficiente consejería en la cual se explica la técnica y se induce a que practique el movimiento abdominal requerido en el procedimiento para ascender las estructuras intestinales y facilitar el acceso a las trompas.

Esta técnica no debe realizarse en mujeres con obesidad marcada, con antecedente de intervenciones abdominales bajas, sospecha de adherencias tubo-ováricas o cuando el cirujano no esta entrenado en la técnica de AQV con anestesia local.

Esta cirugía se puede realizar en el postparto inmediato o hasta las 48 horas con una incisión infraumbilical,

también se puede realizar en intervalo usando manipulador uterino como si fuera una laparoscopia y con incisión suprapúbica. Los pasos de la técnica son:

1. Consejería y selección de las pacientes.
2. Lavado quirúrgico del área. Colocación de cánula uterina si es de intervalo, (no se debe colocar si es en postparto). La paciente estará en posición ginecológica si la cirugía es de intervalo y en decúbito supino si es de postparto.
3. Infiltración con xilocaína. En el postparto la incisión será en el borde inferior del ombligo, en intervalo será suprapúbica. La infiltración se hace con xilocaína sin epinefrina diluída al 0.5%, iniciando muy superficialmente en la piel (lograr piel de naranja), luego se infiltra en un ángulo de 45 grados el tejido celular subcutáneo hacia arriba, abajo, derecha e izquierda, siempre aspirando en la jeringa para evitar inyecciones intravasculares. No usar mucho volumen de anestésico.
4. Incisión en piel con bisturí con extensión entre 2-4 cms, usualmente 3 cms.
5. Disección de grasa al introducir separadores de piel e infiltración anestésica de aponeurosis y músculo. Usar poco volumen.
6. Identificación de peritoneo e infiltración si es necesaria. Apertura con técnica habitual.
7. Maniobra de ascenso intestinal por parte de la paciente. (Movimiento respiratorio, aprendido con anterioridad en la consejería).
8. Identificación de trompa derecha con manipulador de trompa, que se usa no para extraer la trompa sino para desplazarla hacia el centro y extraerla con una pinza de disección atraumática o pinza de babcock si cabe por la incisión. A veces es necesario gotear xilocaína en la

cavidad abdominal. El manipulador de la trompa es un instrumento muy sencillo que consiste en una varilla de 2-3 mm de grosor y que termina en ángulo recto en la punta, se puede reemplazar por una pinza de cístico delgada.

9. Realización de la esterilización, en el IMI generalmente utilizamos la técnica de Parkland. (Siempre materiales de sutura absorbibles)
10. Se repite procedimiento en lado izquierdo.
11. Revisión de hemostasia.
12. Cierre por planos. cuando la incisión en aponeurosis es menor de 2 cms, se puede suturar con catgut crómico, uno o dos puntos separados y con el mismo material colocamos un punto invaginante en piel. Cuando la incisión inicial fue en aponeurosis mayor de 2 cms realizamos la cirugía tubárica y el cierre de pared con material de absorción lento. Debemos insistir en que el manejo de los tejidos por parte del cirujano debe ser muy cuidadoso, no se deben realizar maniobras bruscas ni lastimar estructuras que no están anestesiadas, durante el procedimiento se debe hablar con la paciente para disminuírle la tensión.

En el IMI usamos un video de relajación antes y durante la cirugía. En promedio esta cirugía se realiza entre 5-20 minutos y la cantidad de xilocaína al 0.5% utilizada es de 10-20 cc.

No olvidemos que el compañero sexual es parte primordial en los programas de planificación familiar. Es necesaria su colaboración en el uso adecuado de los métodos de barrera, no debe oponerse a los métodos para la mujer y adicionalmente cuando la pareja decide un método permanente, existe la posibilidad de vasectomía hoy fácilmente realizable con la técnica sin bisturí.