

Fecha: 28 de Abril de 2010

Nombre: Dra. Guadalupe Aguarón Benítez R1

Tipo de Sesión: Seminario

MANUAL DE ASISTENCIA AL PARTO Y PUERPERIO NORMAL. CAMBIOS EN LA MADRE DURANTE EL PUERPERIO. LACTANCIA MATERNA.

El puerperio es una etapa en la que se producen una serie de cambios fisiológicos en la mujer, que tras el parto vuelve de forma gradual al estado no grávido. Además, tiene la misión de alimentar al recién nacido.

Su duración aproximada es de 40 días (6 semanas), y se divide en 3 etapas:

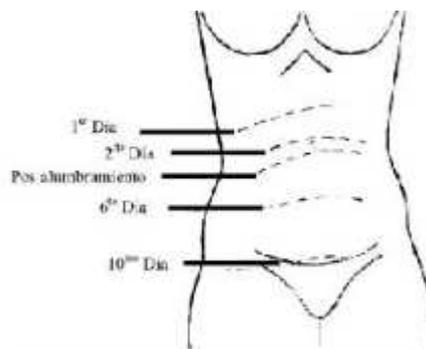
- **Puerperio inmediato:** primeras 24 horas.
- **Puerperio clínico:** desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario (2 a 4 días).
- **Puerperio tardío:** El final coincide con la aparición de la primera menstruación (aprox 6 semanas).

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO

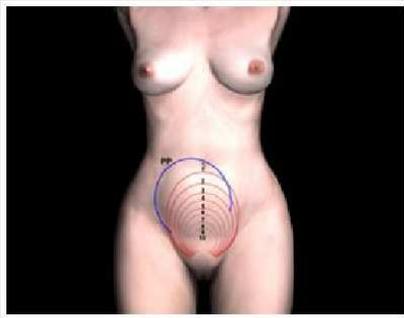
A. CAMBIOS EN EL ÚTERO

1. Involución uterina:

- Inmediatamente después del alumbramiento, el útero llega a la mitad de la distancia entre el ombligo y la sínfisis del pubis, pero en las horas siguientes, asciende y alcanza el nivel del ombligo (aprox. como una gestación de 20 semanas.). Pesa 1 kg.
- Al final de la primera semana del puerperio, el útero tiene el tamaño de una gestación de 12 semanas. Su fondo se palpa inmediatamente por encima del pubis y pesa alrededor de 500g.
- Al final de la segunda semana, es un órgano intrapélvico. Peso alrededor de 350g.
- Al final de la sexta semana, su tamaño es



casi igual que el del útero no gestante, siendo su peso de unos 100g.



Las contracciones uterinas que se producen durante el puerperio son proporcionalmente más intensas que durante el parto, por la disminución del tamaño uterino. Por el contrario, son menos dolorosas por no producirse dilatación del cervix uterino ni estiramiento del suelo pélvico. Estas contracciones constituyen los llamados ENTUERTOS que aparecen durante los 2 ó 3 primeros días y se acentúan con la

lactancia (liberación de oxitocina). Son más frecuentes en múltiparas.

2. Regeneración del endometrio

Entre el 2º y 3º día postparto, la decidua se divide en dos capas.

- Superficial. Esta capa se necrosa y descama de forma progresiva, formando parte de los loquios.
- Profunda. Su proliferación dará lugar al nuevo endometrio.

La regeneración del endometrio es rápida (alrededor de la tercera semana postparto), excepto en el lugar de implantación placentaria. La regeneración e involución de este lugar tiene lugar entre la 8ª y 12º sem.

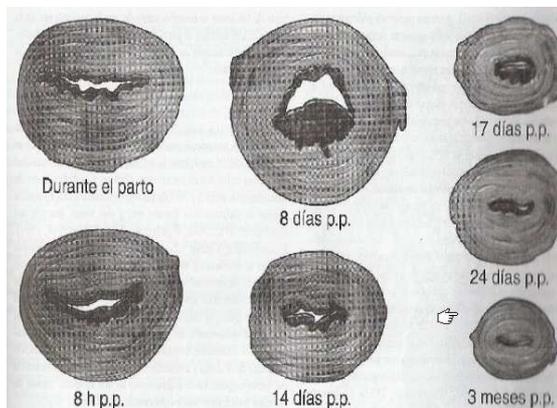
3. Loquios

Se trata de secreción postparto formada por decidua necrótica, sangre, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie de la cavidad uterina. Existen distintos tipos de loquios:

- Loquios rojos: duran de 2 a 3 días. Contienen sangre principalmente junto con pequeños fragmentos de membranas y restos fetales como lanugo, vermix o meconio.
- Loquios rosados o serosos: aparecen después de 3 ó 4 días. Contienen menos sangre y más exudado, leucocitos y decidua de degeneración grasa.
- Loquios blancos: a partir del 10º día, por el aumento de leucocitos.

Alrededor de la 5ª semana postparto, cesa la expulsión de loquios.

B. CERVIX Y SEGMENTO INFERIOR DEL ÚTERO



C. VAGINA

La vagina recupera su forma y tamaño inicial en tres semanas. El himen rasgado cicatrizará formando nódulos fibrosos de mucosa, pequeños apéndices (carúnculas mirtiformes).

D. SISTEMA URINARIO

En el postparto inmediato, el tono de la vejiga está disminuido, pudiendo existir una menor sensibilidad ante una mayor presión, mayor capacidad vesical, sobredistensión de la vejiga con incontinencia por rebosamiento y vaciamiento incompleto de la misma. Los uréteres y pelvis renales están dilatados e hipotónicos, normalizándose en el plazo de 3-6 semanas (excepcionalmente 8-12 sem).

La tasa de filtración glomerular persiste alta durante la 1ª semana. Durante los primeros 4-5 días tras el parto se produce un incremento de la diuresis de hasta 3 litros al día. La glucosuria fisiológica del embarazo, permanece durante la primera semana postparto en el 20% de los casos. Casi el 50% de las mujeres, tendrán proteinuria residual durante 1 ó 2 días tras el parto.

E. PÉRDIDA DE PESO

Tras el parto, se produce una pérdida media de 5kg, y unos 4kg durante el puerperio. Tras 6 meses después del parto, la mujer aproxima su peso al que tenía antes de comenzar el embarazo. Aquellas mujeres que incrementan su peso en más de 9 kg durante el embarazo, presentarán una mayor diferencia entre su peso de antes y después de la gestación.

En el puerperio se produce un aumento de la concentración de sodio como consecuencia de la disminución de progesterona que aumenta la liberación de aldosterona.

F. CAMBIOS METABÓLICOS

- Los niveles séricos de colesterol y triglicéridos descienden en las primeras 24 horas del puerperio, alcanzando sus cifras pregestacionales en la 7ª u 8ª semana postparto.
- La glucemia basal y postprandial disminuye en el postparto, principalmente en los 3 primeros días del puerperio. Por este motivo, los requerimientos de insulina de las diabéticas disminuyen en estos días.
- Los niveles séricos de fosfatasa alcalina hepática disminuyen hasta alcanzar las cifras anteriores al embarazo alrededor de la 3ª semana postparto.

G. CAMBIOS HEMATOLÓGICOS Y HEMODINÁMICOS

La excesiva activación de los factores de coagulación y aumento del número de plaquetas, junto con la inmovilización, sepsis o traumatismo del parto puede aumentar el riesgo de complicaciones tromboembólicas.

Durante la gestación, se produce un aumento del volumen sanguíneo hasta alcanzar los 5-6 litros (4 litros en mujeres no gestantes). Este volumen se normaliza alrededor de la 3ª semana postparto.

La pérdida de sangre durante el parto, produce en el puerperio una reticulocitosis que es máxima en el 4º día postparto. El estrés del parto produce una leucocitosis importante en el puerperio, que sumada a la leucocitosis relativa del embarazo, hace que cifras de hasta 25.000 leucocitos por ml sea considerada normal.

Los niveles de hierro sérico descienden en el puerperio por la eritropoyesis. La bradicardia es frecuente en los primeros días después del parto, además de un ligero aumento de la TA. El gasto cardíaco disminuye en un 30% en las dos semanas postparto y el volumen sistólico disminuye en un 20%.

	1ª HORA	1º DÍA	3ª-5-º DÍA	1ª SEMANA	2ª SEMANA
Plaquetas	↓	↑	↑↑	↑↑	↑
Adherencia plaquetaria	↑	↑↑	↑↑↑	↑	=
Fibrinógeno	↓	↓	↓	=	↓
Factor V		↑	↑↑	↑	=
Factor VIII	↓	↓	↑	↑	↓
Factores II, VII, X		↓	↓	↓↓	↓↓
Plasminógeno	↓	↓↓	=	↓	↓
Activador del plasminógeno	↑↑↑	↑↑	=		
Actividad fibrinolítica	↑	↑↑	↑↑	↑	
Productos de degradación	↑	↑↑	↑↑		

H. CAMBIOS ENDOCRINOS

Hormonas placentarias: Los niveles séricos de las hormonas placentarias descienden rápidamente después del alumbramiento:

- Lactógeno placentario: indetectable al finalizar el primer día del puerperio.
- BHCG:
 - Desciende a menos de 1000 mUI/ml en 72 horas.
 - A la semana posparto, aproximadamente 100 mUI/ml
 - entre el 11º y el 16º día postparto se negativizan

Los cambios que se producen en los niveles de estrógenos en plasma dependen de la lactancia materna.

- Si no se produce la lactancia, los niveles de estrógenos no alcanzarán niveles foliculares hasta 3 semanas después del parto.
- Si se produce lactancia y la mujer está en amenorrea, habrá hipoestrogenismo. Pero si se reestablecen espontáneamente sus

menstruaciones, alcanzará valores foliculares de estradiol entre 2 y 3 meses después del parto.

Los niveles de progesterona disminuyen muy rápido tras el parto, alcanzando niveles menores que en la fase lútea al cuarto día del puerperio.

Los niveles séricos de FSH y LH están muy disminuidos durante los 10-12 primeros días del postparto en todas las mujeres.

- Si no se produce lactancia, los niveles ascienden hasta alcanzar los propios de la fase folicular en la 3ª semana postparto, además de producirse una secreción pulsátil de LH durante el sueño.
- Si por el contrario se produce lactancia materna, los niveles de gonadotropinas estarán disminuidos por la inhibición de la secreción de GnRH.

Al producirse el destete, disminuye la concentración de prolactina y aumentan los niveles de LH y estradiol. La función ovárica se reestablece y se produce la ovulación entre 15 y 30 días después del destete.

Generalmente, la menstruación se reestablece antes que la ovulación (primeros ciclos anovulatorios). Por el contrario, en aquellas mujeres que dan lactancia y cuya amenorrea dura más de seis meses, existe una tendencia a ovular antes de tener la primera menstruación. El 30% de las mujeres que no dan lactancia ovularán dentro de los tres primeros meses del puerperio.

I. CAMBIOS EN LA GLÁNDULA MAMARIA

La ingurgitación mamaria se produce entre el 3er y 4º día postparto. Esta puede provocar un aumento fisiológico de la temperatura (no más de 38°C) de carácter transitorio (duración de 4 a 16 horas), nunca superior a 24 horas.

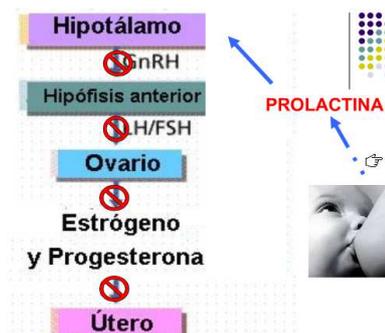
Calostro: primera secreción de la glándula mamaria en el puerperio. Se produce durante los 5 primeros días del postparto. Contiene

- Más minerales y proteínas (inmunoglobulinas, sobretodo A)
- Menos azúcares y ácidos grasos
- Lactosa, ácidos grasos, agua, vitaminas (excepto vitamina K)

La succión del pezón provoca un estímulo nervioso que llega al hipotálamo donde se libera la B-endorfina. Esta sustancia provoca el descenso de la GnRH y la supresión de su secreción pulsátil inhibiendo así la secreción de gonadotropinas e impidiendo la ovulación y menstruación.

La B-endorfina inhibe también la secreción de dopamina que favorece la liberación de prolactina. Por este motivo, cuanto más frecuente sea el estímulo de la succión, más leche se producirá. Los niveles elevados de prolactina inhiben la ovulación.

La succión del pezón también estimula la secreción de oxitocina que provoca la contracción del pezón y salida de leche.



ASISTENCIA AL PUERPERIO HOSPITALARIO

INMEDIATO:

- Mantenimiento de la puerpera en una sala dedicada a la atención del postparto, durante un periodo mínimo de 1-2 horas.
- Mantenimiento de la vía intravenosa
- Signos y síntomas a controlar:
 - Nivel de consciencia,
 - Constantes: TA, T^a, pulso
 - Altura y tono uterino
 - Valoración de hemorragia genital
 - Diuresis (presencia de globo vesical)
 - Estado de la episiotomía (hematomas, dolor, sangrado...)
- Es recomendable la perfusión de oxitocina o de un uterotónico tras el alumbramiento para la prevención de la hemorragia.
- Inicio precoz de la lactancia.
- Una vez que ha transcurrido el tiempo recomendado y la evolución ha sido favorable, se procede al traslado de la madre y recién nacido a la planta.

ATENCIÓN EN LA PLANTA

Durante los días que dure el ingreso, hay que vigilar una serie de parámetros:

- Estado general (tanto físico como psíquico)
- Constantes vitales (al menos cada 12 horas)
- Episiotomía: presencia de hematomas, dehiscencias y signos de infección.
- Dolor. Se consideran normales los propios de los entuertos y molestias de la episiotomía.
- Involución uterina. Importante el diagnóstico de subinvolución uterina. Causas:
 - Parto precipitado o prolongado
 - Gemelar, macrosoma
 - Endometritis
 - Miomas
 - Retención de restos...

No está indicado de forma rutinaria la administración de metilergobasina.

- Características de los loquios: cantidad, color, olor.
- Micción espontánea. La primera micción se debe realizar antes de las primeras 6-8 tras el parto. Si esto no se produce, habrá que proceder al sondaje vesical. Es importante vigilar esta micción sobretodo en casos de anestesia epidural. Si se produce disfunción vesical, se procederá a técnicas de fisioterapia: ejercicios de refuerzo de suelo pélvico, frecuencia miccional...
- Extremidades inferiores: El puerperio es una etapa con riesgo tromboembólico, por lo que se evaluará la presencia de síndrome varicoso y posibles antecedentes.
- Evacuación intestinal. Si la puerpera no ha defecado, no se provocará artificialmente la defecación (laxantes, enemas...) antes del segundo o tercer día.
- Ducha precoz e higiene del periné. Se desaconsejan los baños de inmersión.

- Se aconseja la movilización precoz.
- No es necesario un hemograma de rutina.
- Mamas. Importante evitar la mastitis. Se evaluará la turgencia, presencia de grietas, y signos inflamatorios.
- Si se realiza lactancia materna, se aconseja un aporte calórico de 500 Kcal/día
- Prevención del riesgo tromboembólico: deambulacion precoz, heparina profiláctica en mujeres de alto riesgo....
- Inmunoprofilaxis anti-D (si precisa)
- Inmunoprofilaxis anti-rubeola

PUERPERIO TARDÍO

- Se evitarán las relaciones sexuales durante todo el período de sangrado.
- Evitar los baños de inmersión, aunque no las duchas.
- El ejercicio será suave y progresivo, evitando los ejercicios que conlleven incrementos importantes de la presión intraabdominal.
- Se aconsejará una suplementación vitamínica-mineral.

Al final de este período, la paciente será sometida a una exploración ginecológica, incluyendo palpación de las mamas y estudio citológico una vez aparecida la primera menstruación, si no se ha realizado una revisión ginecológica durante el año anterior.

Tras un parto eutócico, se considera adecuada una estancia hospitalaria mínima de 48 horas. En el momento del alta, se deben de cumplir una serie de controles:

- TA, pulso y T^a dentro de los límites normales
- Loquios con las características evolutivas adecuadas
- Correcta involución uterina
- Periné y canal del parto revisados. Adecuado estado de cicatrización y ausencia de cuerpos extraños.
- Actividad miccional normal
- Mamas sin signos inflamatorios
- Estado anímico-emocional adecuado

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL PUERPERIO

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (T^a > 38°C) • Hemorragia profusa por vía vaginal • Loquios malolientes • Signos inflamatorios locales en mamas, episiotomía y mmii. • Dificultad o problemas respiratorios • Sintomatología urinaria |
|---|

Informe de alta:

- Tratamiento y cuidados específicos si precisa
- Equipo sanitario de referencia
- Controles y revisiones a realizar
- Modificaciones fisiológicas del puerperio
- Signos de alarma ante los que deberá consultar: fiebre, sangrado...
- Hábitos higiénicos, alimentación, Vestimenta, gimnasia...
- Lactancia, cuidados neonatales.

PAUTAS DE ACTUACIÓN DESPUÉS DEL PARTO POR CESÁREA

Imprescindible la vigilancia estrecha de la diuresis, así com la administración de sueroterapia continuada durante las primeras 24 horas, hasta que se inicie la tolerancia.

Controles:

- Constantes cada 8-12 horas
- Mismos controles que en el puerperio del parto vaginal
- Hemograma de control a las 24-48 horas de la intervención.

Dieta: Absoluta durante las primeras 12 horas y hasta el inicio del peristaltismo intestinal. Iniciar dieta de forma progresiva

Diuresis: La sonda vesical se mantiene hasta la retirada de la sueroterapia e inicio tolerancia.

Movilización: Ducha pasada las 24 horas tras la intervención.

Cuidados de la herida abdominal:

- Levantar el apósito a las 48 horas de la intervención. Se levantará antes si hay indicación.
- Curas diarias con antiséptico tópico. No yodo

Porfilaxis antitrombótica con HBPM o medias compresivas

Alta. Se dará el alta a la paciente si cumple una serie de condiciones:

- Paciente apirética desde 48 horas previas al alta.
- Exploración herida quirúrgica y sangrado.
- Correcta involución uterina
- Exploración mamaria
- Micción normal
- Deambulaci3n sin dificultad
- Tolerancia oral y ruidos intestinales presentes.

LACTANCIA MATERNA

La leche materna es el mejor alimento para el recién nacido y la madre.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA:

Para el lactante:

- Diseñado exclusivamente para el niño
- Nutricionalmente superior a cualquier otro alimento
- Bacteriológicamente segura
- Proporciona inmunidad frente a enfermedades bacterianas y víricas
- Estimula el desarrollo de las defensas inmunológicas del paciente. Mejor respuesta inmunitaria a las vacunas.
- Disminuye el riesgo de enfermedades respiratorias y diarreas, meningitis, otitis
- Previene o reduce el riesgo de alergia
- Promueve un correcto desarrollo de los dientes
- Disminuye la tendencia a la obesidad
- Promueve un contacto físico con la madre. Relación madre-hijo.
- Disminuye la incidencia de muerte súbita del lactante y riesgo de adquirir diabetes juvenil insulino dependiente.

Para la madre:

- Facilita la recuperación fisiológica tras el embarazo (involución uterina, disminuye el riesgo de HPP, aumenta la duración de la anovulación postparto).
- Facilita la unión psicológica.
- Pérdida mayor y más rápida de los depósitos de grasa acumulados durante el embarazo
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y de ovario.

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA:

1. **Mamogénesis:** Crecimiento y desarrollo de la mama
2. Iniciación (**Lactogénesis**) y mantenimiento de la secreción láctea (**galactopoyesis**)
3. Eyección de la leche desde los alvéolos hasta los pezones.

MAMOGÉNESIS

Durante el embarazo los niveles de estrógenos, progesterona y prolactina aumentan. Los estrógenos son responsables del crecimiento del tejido ductal y de la formación de nuevos alvéolos, mientras que la progesterona es necesaria para la proliferación y maduración de las células alveolares. Aunque las células alveolares tienen capacidad de secreción desde alrededor de la mitad de la gestación, sólo se liberan pequeñas cantidades de leche. Sin embargo, la lactación es posible si el embarazo finaliza durante el segundo trimestre.

LACTOGÉNESIS

Proceso que determina el comienzo de la secreción láctea. La producción de leche se inicia entre el 2º y 6º día postparto. En este proceso son necesarios niveles de estrógenos así como PRL.

Aunque los niveles de prolactina aumentan progresivamente a lo largo de la gestación, los estrógenos de origen placentario bloquean la actividad secretora del epitelio glandular inducida por la PRL, por lo que la producción de leche no ocurre hasta después del parto.

Los niveles plasmáticos de PRL aumentan con la estimulación del pezón. La PRL, además de la secreción láctea, tiene un importante efecto de bloqueo del ciclo menstrual.

GALACTOPOYESIS

Se trata del mantenimiento de la secreción láctea una vez que se ha establecido. El mantenimiento de la lactancia requiere que exista una succión periódica del pezón. Además, es necesaria una serie de hormonas entre las que destacan la PRL, GH y los glucocorticoides.

El descenso de la succión disminuye la secreción de leche. Aunque la lactación se puede mantener mientras exista un adecuado estímulo de succión, generalmente se observa una disminución en la producción de leche después de 12 meses. Este descenso en el volumen de secreción láctea, está relacionado con la reducción de la demanda y el cese del estímulo recurrente del pezón por el niño.

La estimulación del pezón, también aumenta los niveles plasmáticos de oxitocina. La oxitocina alcanza la glándula mamaria por vía sanguínea, actuando sobre ambas mamas.

PROBLEMAS DURANTE LA LACTANCIA

1. **Ingurgitación mamaria:** mal vaciado de los senos galactóforos y de la glándula mamaria, provocando en el lactante una sensación de insatisfacción y en la madre, de plenitud mamaria. Esto es debido a una mala posición del lactante con respecto al pecho.

La ingurgitación mamaria se caracteriza por una tumefacción dolorosa de los senos que aparece entre el 2º y 5º día después del parto. Se caracteriza por ser bilateral y con ausencia de fiebre. El tratamiento consiste en un correcto vaciado de las mamas

2. Grietas en el pezón. Aparece en los 2 ó 3 días tras el parto.

Tratamiento:

- Adecuada técnica de lactación
- Aplicación local de calostro o leche materna
- Pomadas de analgésicos locales y cicatrizantes. Limpiar el pezón antes de la siguiente toma
- Empleo de pezoneras

3. Pezón unilateral doloroso

4. Obstrucción de la glándula mamaria

5. Pezón plano

6. Mastitis. Este proceso puede aparecer en cualquier momento de la lactancia. Se trata de una infección del parénquima glandular, tejido celular o vasos linfáticos de la mama. En el 50% de los casos, el germen responsable es el Estafilococo aureus.

Clínica:

- Fiebre 38-39°. Escalofríos
- Mastalgia local y después generalizada
- Eritema. Calor local y aumento de la turgencia
- Masa intramamaria o retromamaria
- Expulsión de secreción purulenta por el pezón.
- Adenopatías axilares

Tratamiento:

- Profiláctico: adecuada técnica de lactación e higiene
- Curativo:
 - Antiinflamatorios
 - Antitérmicos
 - Aplicación de frío local
 - E mastitis unilaterales, en principio se puede mantener la lactancia materna. En casos de mastitis bilaterales o recidivantes hay que considerar la supresión de la lactancia.
 - Antibióticos:
 - Cloxacilina sódica (500mg/ 6h, 7-10días)
 - Amoxicilina – clavulánico (500 mg/8h, 7-10 días)
 - Eritromicina (500 mg/6h, 7-10 días)
 - Clindamicina (300 mg/6h, 7-10 días)

7. Absceso mamario. Aparece en la evolución de la mastitis mal tratada. Será necesario el drenaje quirúrgico ya que los antibióticos no llegan a la zona. Se realiza incisión en la zona de máxima fluctuación. Se tomarán cultivos y se realizará antibiograma. El tratamiento quirúrgico no impide la continuidad con la lactancia.

CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA

- Fenilcetonuria
- Galactosemia
- Falta real de leche
- VIH
- VHB
- VHC
- Virus linfotrópico T humano tipo 1 (HTLV-1)
- Consumo de drogas
- Medicación materna con anti-tiroideos
- Mastitis bilateral o infección cutánea en la mama
- Tuberculosis

Recién nacido

INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA

- Cabergolina (inhibición): 1 mg (2 comprimidos orales) en dosis única
- Cabergolina (supresión): 0,25 mg (medio comprimido) cada 12 horas durante 2 días, si ya hay producción de leche.
- Bromocriptina (2 x 2,5 mg/día, durante 10-12 días)

MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN EN EL POSTPARTO

- Lactancia materna. Eficacia aceptable si se dan todas las tomas, no hay menstruación y han transcurrido menos de 6 meses del parto. Si no se cumplen estas tres circunstancias, no es fiable.
- Métodos de barrera
- Métodos químicos. Complemento a los métodos barrera
- Dispositivos intrauterinos. Puede utilizarse tanto si se efectúa lactancia materna o artificial. En nuestro medio, no se considera aconsejable la inserción inmediata del DIU después de un parto dado el riesgo de perforación y expulsión inadvertida. Se aconseja esperar 2 ó 3 reglas para garantizar la completa involución uterina y disminuir el riesgo de complicaciones.
- Esterilización tubárica.
- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL:

Los estrógenos sintéticos y sobre todo la progesterona, son excretados por la leche humana, siendo metabolizados más lentamente por el lactante que los esteroides sexuales maternos que también pasan por la leche. Se han descrito efectos adversos en el lactante como ginecomastia, alteraciones hematológicas...

El período postparto es una etapa de hipercoagulabilidad relativa. Este problema es mínimo con la utilización de anticonceptivos hormonales a dosis reducidas.

Anticonceptivos orales combinados: contienen estrógenos y gestágenos.

- No impiden la iniciación de la producción de leche
- Afectan a la duración de la lactancia; favorecen la retirada precoz si se utilizan en los primeros meses del período postparto.
- Pueden disminuir el volumen de leche hasta la mitad, entre la 3ª y 6ª semana.
- Parece que también alteran la composición de la leche

Los ACO combinados con dosis altas de estrógenos y los preparados parenterales no se recomiendan en el puerperio.

Anticonceptivos con solo progestágenos

La minipíldora (píldora de progesterona), los preparados IM trimestrales (gestágenos depot), los anticonceptivos con minidosis de gestágenos, y los implantes que sólo contienen gestágenos, no tienen una influencia notable sobre la lactancia.

Por todo lo comentado anteriormente, la ACO utilizada, dependerá de si se está realizando lactancia artificial o materna:

Lactancia artificial:

- Estroprogestágenos a bajas dosis.
No en postparto inmediato por riesgo de tromboembolismo
- Gestágenos depot parenterales.
Producen spotting y amenorrea
- Minipíldora (gestágenos)
- Implantes de etonorgestrel

Lactancia materna:

- Minipíldora de progesterona
- Gestágenos depot: Acetato de medroxiprogesterona de 15mg.
- Estroprogestágenos. Si la mujer no acepta otro método.