



Método de la lactancia amenorreica (MELA/LAM) o la contracepción natural en el postparto

Autoras:

¹ Adela Vidal

¹ Profesora Titular de EUE. Universidad de Barcelona. Comadrona.

² Françoise Soler

² Presidenta de Acodiplan. Barcelona.

Dirección de Contacto: Adela Vidal. Apartado de Correos, 9. 17400 Breda (Girona). E-mail: avidal@bell.ub.es

Resumen / Abstract

- La lactancia materna retrasa el retorno de la fecundidad al demorar la ovulación; cuando el lactante succiona, estimula la producción de la prolactina en la glándula pituitaria y, en muchos casos, ésta inhibe las hormonas (alteración de la secreción pulsátil de LH) que estimulan la maduración y la liberación de óvulos, generando como consecuencia amenorrea. Para suprimir completamente la estimulación ovular se requiere una lactancia completa o exclusiva.
- Hasta los 6 meses, la succión del bebé día y noche a intervalos frecuentes (no mayores de 6 horas), sin otros complementos y acompañada de amenorrea, ofrecen un 98% de seguridad contraceptiva a las mujeres en sus post-partos. Es decir, sólo un 2% de las mujeres que amamantan exclusivamente con leche materna estando amenorreicas quedan gestantes antes de que se reanuden sus menstruaciones en los primeros seis meses post-parto (MELA, Acuerdo internacional, Italia 1988).
- La duración de la amenorrea en la lactancia y el retorno de la ovulación depende de varios factores, entre los cuales cabe destacar: efecto de la lactancia (succión a demanda); introducción de suplementos alimentarios al bebé; idiosincrasia materna (existe un patrón biológico individual que determina la aparición o no de la menstruación en los post-partos, que en las mismas circunstancias se repite en cada lactancia).

Palabras claves: Planificación familiar natural, amamantamiento, método de la lactancia con amenorrea (MELA), infertilidad post-parto, fertilidad, contracepción en el post-parto.

Lactational amenorrhoea method (LAM)

- *Maternal lactation delays the return to fertility by delaying ovulation. When the breastfeeding child sucks, production of prolactin is stimulated in the pituitary gland and, in many cases, this inhibits the hormones (alteration of the pulsatile excretion of LH), which stimulates the maturing and release of the ova, thus generating amenorrhoea. To completely suppress ovular stimulation, complete or exclusive lactation is required.*
- *Up to 6 months, sucking by the baby day and night at frequent intervals (not greater than 6 hours) without other complements and accompanied by amenorrhoea offers a level of contraceptive safety for women in their postnatal period of 98%. In other words, only 2% of woman who breastfeed exclusively and who are amenorrhoeic enter gestation before starting their menstrual cycle in the first six months after birth. (LAM International Agreement Italy 1988).*
- *The duration of the amenorrhoea during lactation and the return to ovulation depend on several factors among which the following stand out: effect of the lactation: sucking on demand; introduction of food supplements for the baby; maternal idiosyncrasies (there is an individual biological pattern that determines whether menstruation appears following birth which under the same circumstances is repeated for each lactation).*

Key words: Natural family planning; breastfeeding; lactation amenorrhoea method; postnatal infertility; fertility; postnatal contraception.

Bases fisiológicas del post-parto

Bases hormonales en el post-parto

Parece ser que los estrógenos decaen a las 24 h. después del parto y aumentan hasta niveles normales (tipo inicio fase folicular) entre las 2-3 semanas post-parto, con niveles de Hormona Folículo Estimulante (FSH) muy bajos hasta la 2ª semana y remontados al final de la 3ª semana. En cambio, los niveles de Hormona Luteinizante (LH) no sufren un proceso de normalización (carácter pulsátil de la secreción de LH) hasta un período más prolongado en el post-parto. Originalmente, la LH es el estímulo básico para la rotura folicular y, por tanto, para la ovulación en el ciclo reproductivo femenino. Es decir, durante el período post-parto los niveles de FSH están en límites normales y los niveles de LH están disminuidos, debido a que el carácter pulsátil de su secreción está alterado.

Todas las investigaciones coinciden al definir un período de insensibilidad de las hormonas gonadotróficas en el sistema pituitario (hipotálamo-hipófisis), cuya causa debe buscarse en un cierto efecto remanente de la gestación, es decir, en una perturbación de la secreción gonadotrófica inhibida en la gestación, unida a una sensibilidad alterada a los estímulos de retro-control estrogénico.

Mecanismo fisiológico de la lactancia materna

Las mujeres, al acabar su período de gestación y dar a luz a sus crías, sufren el mismo proceso hormonal: la naturaleza ha previsto la liberación de la hormona prolactina, encargada de la producción láctea. Al alumbrar la placenta, se produce la liberación de esta hormona que permite un nuevo mecanismo en la fisiología reproductiva femenina: amamantar tal y como lo hacen las mamíferas.

Para amamantar se suceden unos procesos fisiológicos (mamogénesis, lactogénesis, galactopoyesis y eyección láctea) cuyos vínculos hormonales son:

- Bajo la acción estrogénico-progesterónica se desarrolla la glándula mamaria en la gestación (mamogénesis) y aunque existe ya prolactina (hormona encargada de la producción láctea), su función está condicionada a la existencia de la gestación que impide su acción.

- Inmediatamente tras el parto (con el desprendimiento placentario), la prolactina puede ejercer su efecto y se establece la producción láctea (lactogénesis), aunque se sabe que en el establecimiento de la lactancia existen otras hormonas (ACTH, TSH, Tiroideas, etc.) que juegan un papel destacado. Esta situación dura hasta la 4ª semana post-parto aún sin succión, pero se sabe que para conseguir una abundante producción de leche es preciso vaciar la glándula (galactopoyesis y eyección láctea).
- Se sugiere que dada la estimulación de la succión al pezón y a la areola por parte del bebé se genera un mecanismo serotoninérgico que estimula la secreción de la prolactina y de la oxitocina en la mamada, ya que se sabe con certeza que la producción láctea es intensamente dependiente de la frecuencia y de la intensidad de las mamadas. Es decir, la cantidad está regulada por la demanda del bebe. Por tanto, la succión es el mecanismo esencial para estabilizar la producción y el mantenimiento de la secreción láctea.
- Pero, todo esto, sólo sucede por la ayuda a la succión de otra hormona: la oxitocina, que facilita la salida de la leche y depende de estímulos sensoriales o físicos. Así, el estrés, el miedo, la ansiedad, la falta de confianza en sí misma, la separación madre-hijo, el pensamiento del bebe, el llanto de la demanda, etc. pueden inhibir o facilitar la salida de la leche. Si se inhibe la oxitocina puede producirse hipogalactia.

En la especie humana se ha comprobado que puede ocurrir una producción de leche adecuada con bajos niveles de prolactina (o niveles normales). Esto ha llevado a plantear una fase de automatismo mamario donde todo el mecanismo que generaría la succión sería suficiente para desencadenar el proceso sin prácticamente intervención hormonal de la prolactina, lo que explicaría los éxitos de la relactación en madres adoptivas o de abuelas, como sucede en países en vías de desarrollo en caso de muerte materna, por ejemplo. Ésta es la razón de que en cualquier caso se plantee la succión como el mecanismo indispensable y básico para asegurar el amamantamiento a largo plazo.

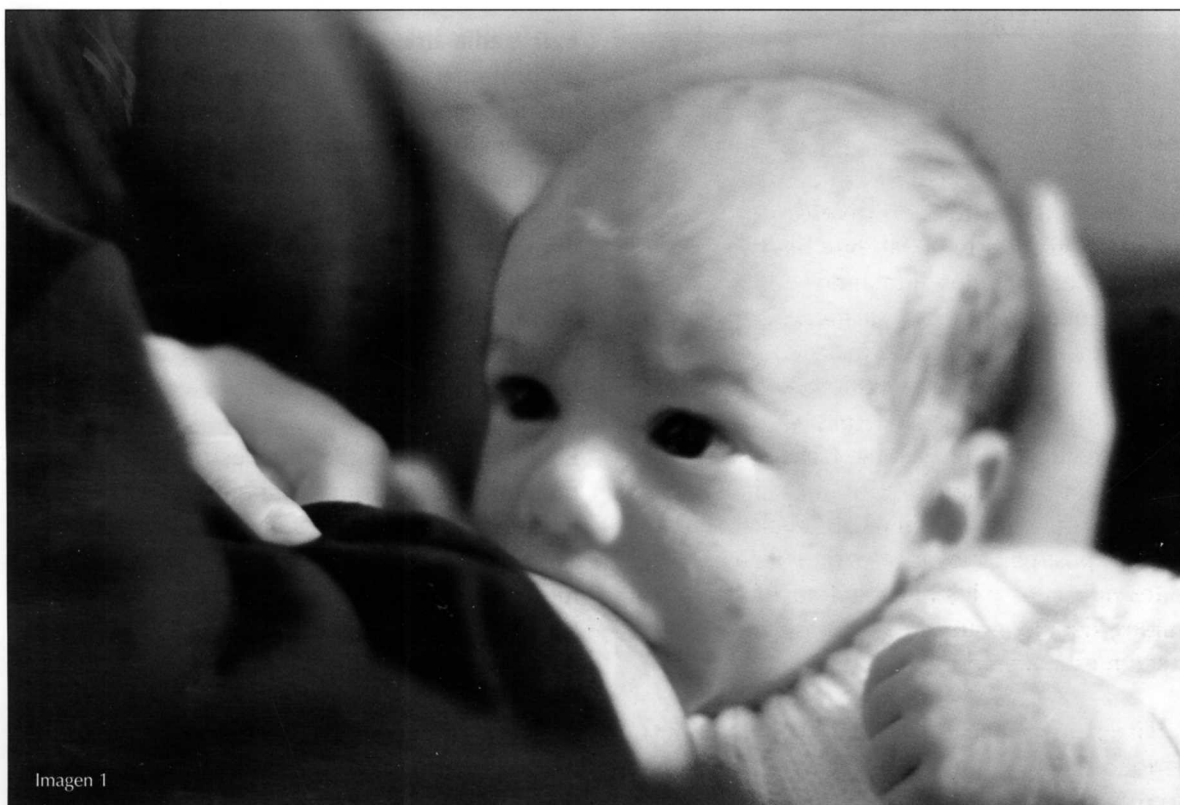


Imagen 1

Fertilidad en el post-parto

Retorno de la menstruación y fertilidad en el post-parto sin amamantamiento

Diversas investigaciones han intentado señalar el retorno de la menstruación y su relación con la fertilidad en el post-parto en ausencia de amamantamiento:

- Chartier (1), precursor del conocimiento de la fisiología ovárica, fue quien determinó, en 1964, con mediciones de la temperatura basal de 200 mujeres, la infertilidad absoluta en los primeros 28 días post-parto (ovulaban antes de la primera pérdida sanguínea el 61% de las mujeres).
- Pascal (2), en su tesis (1969) sobre mujeres sin amamantamiento y el retorno de la fertilidad en el post-parto, determinó esterilidad absoluta en las 3 primeras semanas. En el 99,8% de los casos se mantiene incluso durante la 4ª semana. En la mayoría de las mujeres, la primera ovulación se da entre la 6ª-8ª semana post-parto, pero es de resaltar que sólo el 57% de las madres ovulaban antes de su primer sangrado post-parto.
- Frey (3), en 1988, determinó, a partir de un estudio de 172 mujeres, que el 50% ovulaba previamente a la primera menstruación post-

parto y, a partir de ahí, intentó dar una explicación lógica a las variabilidades en el retorno de la fertilidad, que le llevo a plantear el tema del período refractario ovárico.

Efecto de la lactancia sobre la fertilidad: la succión

La succión produce:

- Un estímulo nervioso fundamental para la salida de la leche del seno materno, mecanismo final y definitivo para la producción y el mantenimiento de la secreción láctea.
- Aumento de la producción de prolactina.
- Cambios en la liberación hormonal a nivel hipofisario ("obsesión" productiva de prolactina, con incapacidad para inhibirla).
- Liberación de beta-endorfinas que suprimen la liberación de gonadotropinas en el hipotálamo (con disminución de dopamina).

Es conocido que cuanto mayor es la frecuencia y duración del estímulo de succión, más intensa es la supresión de la menstruación.

Para conseguir una adecuada succión es preciso vaciar la glándula mamaria, que se puede reali-

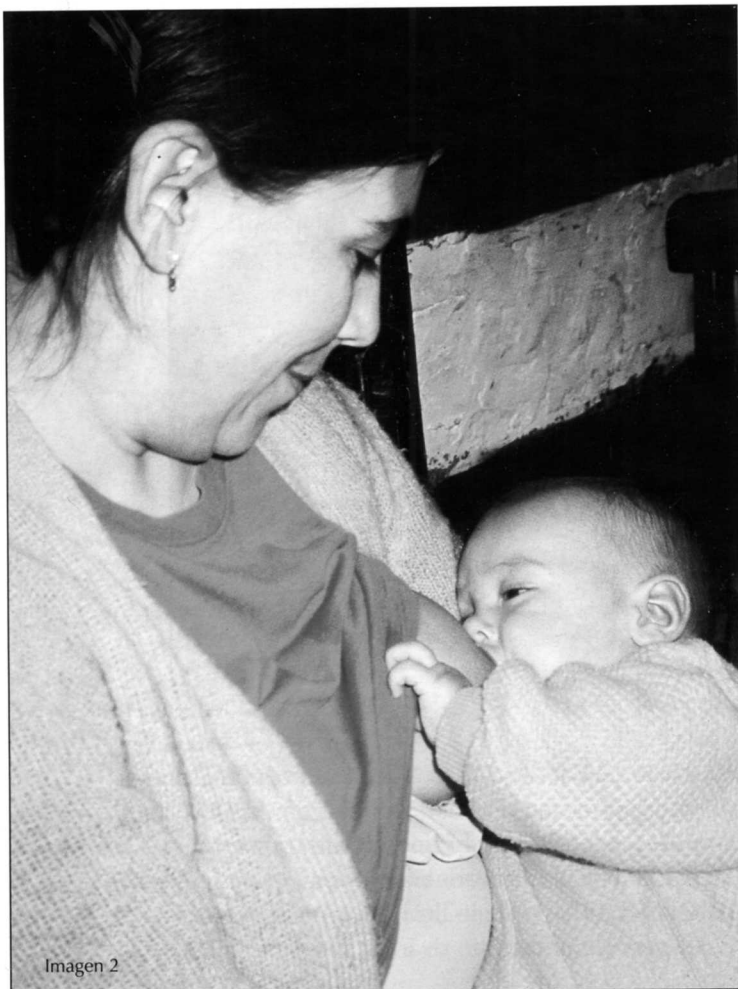


Imagen 2

zar con una correcta posición materna y del bebé, en intervalos frecuentes de succión y con vaciamiento total (Imagen 1).

Algunas mujeres tienen mayores respuestas de la prolactina a la succión y tienen asociada una amenorrea más larga, por lo que se deduce que puede haber una inhibición mayor en el sistema hipotalámico-hipofisario, menor sensibilidad a los esteroides ováricos y alteración de la liberación pulsátil de LH, debida a la secreción de prolactina (Lawrence).

El declive de la prolactina parece ser producido por la disminución de la frecuencia y la disminución de la duración de las mamadas. Los picos de prolactina debidas a cada mamada son importantes para mantener tasas de prolactina elevadas. Es necesario que el bebé succione durante al menos 4 minutos para conseguir este efecto.

Existe una asociación importante entre la hiperprolactemia y la amenorrea de la lactancia. Los autores coinciden en que el 45% de las mujeres que amamantan y que tienen menstruación tienen ciclos ovulatorios, aunque, entre un 15% y un 30% son ciclos con fases luteínicas deficientes. Se llama fase luteínica deficiente a un intervalo inferior a 10 días entre la ovulación y la menstruación; con este intervalo la fecundación es posible, pero inviable la gestación (4).

En 1971 la Liga Leche Internacional estudió a 72 mujeres con 112 experiencias de amamantamiento entre 4-37 meses, de una duración media de 16,3 meses. Tuvieron amenorrea durante 10,2 meses de media. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 1981 un estudio realizado en 9 países con 23.000 mujeres donde se determina que la variabilidad del tiempo de amenorrea depende del tipo y del tiempo de amamantamiento: a más succión, mayor porcentaje de mujeres amenorreicas y mayor prevalencia de lactancia materna (5). Una vez establecida la lactancia, su continuación con éxito no depende tanto de los niveles de prolactina elevados como del drenaje eficaz de los alveolos.

Por lo tanto, se puede decir que la *succión frecuente* da lugar a hiperprolactinemia que altera la secreción pulsátil de LH que, a su vez, provoca amenorrea por anovulación (en el 50 % de las madres, sólo la primera menstruación está precedida de ciclo ovulatorio).

Todo ello conlleva que exista infertilidad en la lactancia por inactividad ovárica, inducida por la succión (Imagen 2).

Se han propuesto dos teorías para explicar esta relación:

- Teoría hormonal: el eje hipotalámico-hipofisario se dedica en exclusividad a la producción de prolactina y ello repercute a nivel ovárico.
- Teoría neural: la succión altera los niveles de LH, provocando, además, el aumento de la serotonina –beta-endorfinas– que disminuye la secreción dopamina, la cual se encarga de inhibir a la prolactina.

Reanudación de ciclos y amamantamiento

Serena estudió en Canadá (6), en 1983, las 54 lactancias de 47 mujeres entre 20 y 39 años con una media de lactancia exclusiva de 3,6 meses y utilizando MST (Método Sintotérmico, método de planificación familiar natural para determinar la fertilidad y esterilidad que utiliza por lo menos 2 parámetros) (12), a los 8 meses de lactancia: 6% ovulaban amamantando; 63% ovulaban cuando amamantaban con suplementos y 31 % ovulaban después del destete.

Al utilizar este concepto son importantes la duración y la frecuencia de las tomas: no intervalos mayores de 6 horas; no alimentos complementarios; no biberones ni chupetes.

En el año 1987 Roetzer (7) con un estudio de fertilidad mostró que:

- Las primeras pérdidas de sangre post-parto si no son precedidas de ovulación no deberían llamarse menstruaciones, aunque sí informan de una cierta actividad ovárica.
- Las 12 primeras semanas post-parto son absolutamente infértiles si se cumple con una lactancia completa y exclusiva, que implica:
 - Sin alimentos, ni líquidos suplementarios.
 - Con mamadas frecuentes (estimulación diurna y nocturna, intervalo máximo 6 horas).
 - Con tiempo de succión por lo menos de 100 minutos en 24 horas.

Posteriormente, en el año 1988 Bremme y Sot-tong (8) llevaron a cabo un estudio sobre el retorno de la fertilidad entre 83 mujeres que amamantan en exclusiva hasta 8ª semana por lo menos. Basándose en que el retorno de la fertilidad es real si hay 10 días o más entre la ovulación y la menstruación, plantearon:

- Que el 20% de las mujeres recuperaron su fertilidad en los primeros 6 meses post-parto.
- Que el 55% de las mujeres ovularon previamente a menstruar y que cuanto más se tarda en tener la primera menstruación más posibilidades existe de que vaya precedida de una ovulación.

Concepción y post-parto

Clínicamente, el retorno de la fertilidad esta asociado al inicio de la menstruación, ya que pocas investigaciones demuestran con pruebas concretas (temperatura basal, citología vaginal, moco cervical, biopsia endometrial) el antecedente ovulatorio a la menstruación, aunque como se ha comentado anteriormente, cuanto más tardía es la primera menstruación más fácil es que haya sido precedida de una ovulación con cuerpo lúteo adecuado.

Zacharias (9), en un estudio de 143 mujeres en el período de post-parto, describió que 50 (72%) de las 69 mujeres que no amamantarón, a los 6 meses estaban de nuevo gestantes, en contraposición a las 74 restantes que sí amamantarón y no tuvieron gestaciones.

Definición del Método de la Lactancia Amenorreica (MELA)

Se define el MELA como un método adicional para la planificación familiar en el post-parto, que ofrece un 98% de eficacia anticonceptiva si se cumplen los siguientes parámetros (10, 11).

- En los primeros 6 meses.
- Amenorrea.
- Lactancia completa y a demanda (mínimo una toma nocturna). La lactancia completa según declaración de Innocenti (Florencia, 1990) y aceptada por la OMS/UNICEF, significa que no se dé al lactante otro alimento sólido o líquido; el lactante debe ser alimentado con frecuencia y sin limitaciones de tiempo. Lactancia completa puede ser, según Labbok (OPS, 1990), lactancia exclusiva o casi exclusiva, entendiéndose con ello que se permite, una sola vez al día, 1 ó 2 sorbos de vitaminas, jugos o agua.

Riego y Soler (12), clasifican el MELA como un método natural porque utiliza el período de infertilidad debido a la lactancia completa y a la ausencia de menstruación. Lo diferencian de otros métodos naturales por 3 aspectos: no exige continencia; es temporal (6 meses); no requiere anotación de los signos y síntomas de fertilidad o infertilidad.

Tabla 1: Riesgo de gestación según método contraceptivo y tiempo post-parto

Método	Riesgo gestación a los 6 meses	Riesgo gestación a los 12 meses
AO	2%	3%
DIU	2%	6%
Preservativos	4%	14%
Amamantamiento con amenorrea	2%	9%
Diafragma	7%	17%

Anticoncepción durante la lactancia y el post-parto

Sobre el estudio de Serena (13) de 153 experiencias de amamantamiento de 116 mujeres que utilizaban gráficos sinto-térmicos, se puede analizar cuáles habrían sido los resultados si se hubiera aplicado el MELA.

La media de amamantamiento completo fue de casi 21 semanas.

De 147 mujeres se tenía la fecha del primer sangrado, del primer suplemento y del primer

cambio de nivel térmico de 8 días o más: se vió que 20 mujeres habían tenido la primera pérdida post-parto después de los 6 meses (éstas eran susceptibles de utilizar MELA hasta los 6 meses).

Se iban excluyendo del uso de MELA a medida que se introducían suplementos, que aparecieron sangrados aunque sin signos ovulatorios, y 2 casos en que se ovuló antes de menstruar. Esto determina un riesgo de 0,4% (es decir 2 por 147 es una proporción de 1,4%. Si se multiplica esto por 25% que es el riesgo conocido de concepción en un ciclo ovulatorio normal, el riesgo de gestación es de 0,4%).

El mayor estudio multicéntrico mundial se llevó a cabo en 1995 (14, 15) para valorar la eficacia de MELA. De una población de 1.500 mujeres de 10 centros (4 de países desarrollados) participaron 519 madres, de las cuales el 68% estaban amenorreicas a los 6 meses.

Entre ellas, algunas no cumplían los requisitos de MELA, así que, a los 6 meses, seguían pudiendo disfrutar del MELA el 62%, es decir, 324 mujeres.

En casi 2.800 meses de utilización del MELA, sólo se produjeron 5 gestaciones, lo que da un porcentaje de 98,5% (+/- 0,7%) de eficacia. En los países desarrollados (Italia, Alemania, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos) no hubo ninguna gestación a lo largo de 988 meses de exposición.

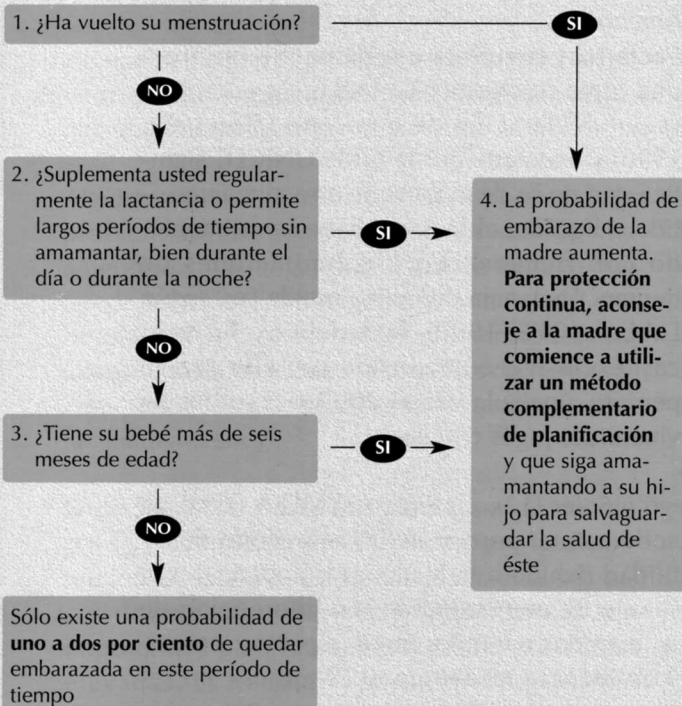
En Lancet (16) se publicó, en 1990, un artículo sobre el riesgo anticonceptivo post-parto, donde queda evidenciado que, además de ser muy eficaz el amamantamiento con amenorrea como método anticonceptivo, es mucho más barato más sano (Tabla 1).

Ventajas de utilización del MELA como método anticonceptivo

En todo el mundo, cerca del 90% de las madres amamantan a sus hijos, lo cual es una forma natural y benéfica de prevenir el embarazo inmediatamente después del parto y, además, es un método que resulta eficaz en un amplio abanico de culturas y etnias (15).

Anexo 1: Método de Lactancia y Amenorrea

Pregunte a la madre, o dígame que lo haga ella, las tres cuestiones siguientes:



revised march 1994

