



**Métodos y normas específicas para la lactancia:
Roetzer, Mela, Billings, Sintotérmico**

Dra. Carmela Baeza

Médica de familia, IBCLC. Madrid.



VIII Symposium
Internacional sobre
Regulación Natural
de la Fertilidad:
Aplicaciones a la
Salud Reproductiva

LACTANCIA Y FERTILIDAD: MÉTODOS Y NORMAS ESPECÍFICAS

Dra. Carmela Baeza
Médico de Familia.
Consultora Certificada en Lactancia Materna IBCLC

Centro de Atención a la Familia “Raíces”
C/ Bravo Murillo 221, 2º A
28020 Madrid
España
Tel. 91 571 1282
e-mail: lactancia@centroraises.com

INTRODUCCIÓN

Han pasado ya 18 años desde que un grupo de expertos publicó la *Declaración de Consenso: La Lactancia Como Método de Planificación Familiar*¹. Es la concepción de la famosa declaración de Bellagio. En el año 1988 este grupo de científicos de diferentes campos (medicina, ciencias sociales, educación sanitaria, salud reproductiva, políticas de planificación familiar, salud de la mujer) propusieron la forma de utilizar la amenorrea de la lactancia como método de regulación de la fecundidad. Utilizaron datos de 13 estudios llevados a cabo en 8 países y llegaron al siguiente consenso: “Tras el parto, una mujer tiene una protección de al menos el 98% frente a un embarazo, durante seis meses, mientras esté en amenorrea y proporcione a su hijo lactancia materna exclusiva o casi exclusiva”.

Se mantuvo una segunda reunión de trabajo en 1989 en el Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown. Los participantes utilizaron el Consenso de Bellagio, además de otros datos, para proponer el método de la Amenorrea en la Lactancia (MELA, o Lactational Amenorrhea Method – LAM - en su traducción inglesa). Crearon un algoritmo para hacer el método útil y sencillo de utilizar.

Muchos estudios han vuelto a verificar, desde entonces, la utilidad y eficacia de este método para muchas familias. En 1995 se reunieron de nuevo los expertos con todos los datos obtenidos de la puesta en práctica del MELA y ratificaron la validez del Consenso de Bellagio.

A lo largo de este trabajo vamos a hacer un recorrido minucioso para ver en qué consiste el MELA, la fisiología en la que se basa, su eficacia y sus ventajas y desventajas.

FISIOLOGÍA

La fisiología de la amenorrea en la lactancia es un misterio apasionante que sigue sin ser esclarecido. Se cree que es debida a un desequilibrio en la función hipotálamo-hipofisaria y en la secreción de gonadotropinas. En la lactancia la secreción pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) está alterada, lo que sugiere que la

succión afecta a la función ovárica a nivel hipotalámico. También los niveles de estrógenos están bajos, lo que lleva a una disminución del desarrollo folicular.

Durante tiempo se pensó que la principal causa de la amenorrea era la hiperprolactinemia fisiológica de este período, pero ahora no está claro. Parece que el principal promotor de la infertilidad en la lactancia es la frecuencia de la succión.

En el célebre estudio de Tay et al.², describen cómo una succión frecuente se asocia a niveles basales elevados de prolactina; cuando la succión se hace menos frecuente las concentraciones de prolactina se mantienen a nivel basal entre las tomas y se elevan de forma puntual en las mismas. Sin embargo no se halló relación entre la duración de la amenorrea y las concentraciones plasmáticas de prolactina. Si se daba una fuerte correlación ($p < 0,01$) entre el momento de la introducción de alimentación complementaria y la duración de la amenorrea.

Puede que la prolactina actúe a dos niveles. El primer mecanismo hipotetizado es que la prolactina cause una baja receptividad del eje hipotálamo-hipofisario a los estrógenos ováricos que llevaría a una liberación no pulsátil (y por tanto inefectiva) de FSH y LH. El segundo mecanismo posible es que la prolactina disminuya la respuesta ovárica a LH y FSH³. Un estudio muy reciente⁴ describe diferencias a nivel molecular de la FSH en madres lactantes amenorreicas frente a la FSH de madres lactantes que ya han comenzado a ovular. La FSH de madres amenorreicas tiene una bioactividad menor debido a que lleva asociados oligosacáridos diferentes que la FSH de mujeres lactantes fértiles.

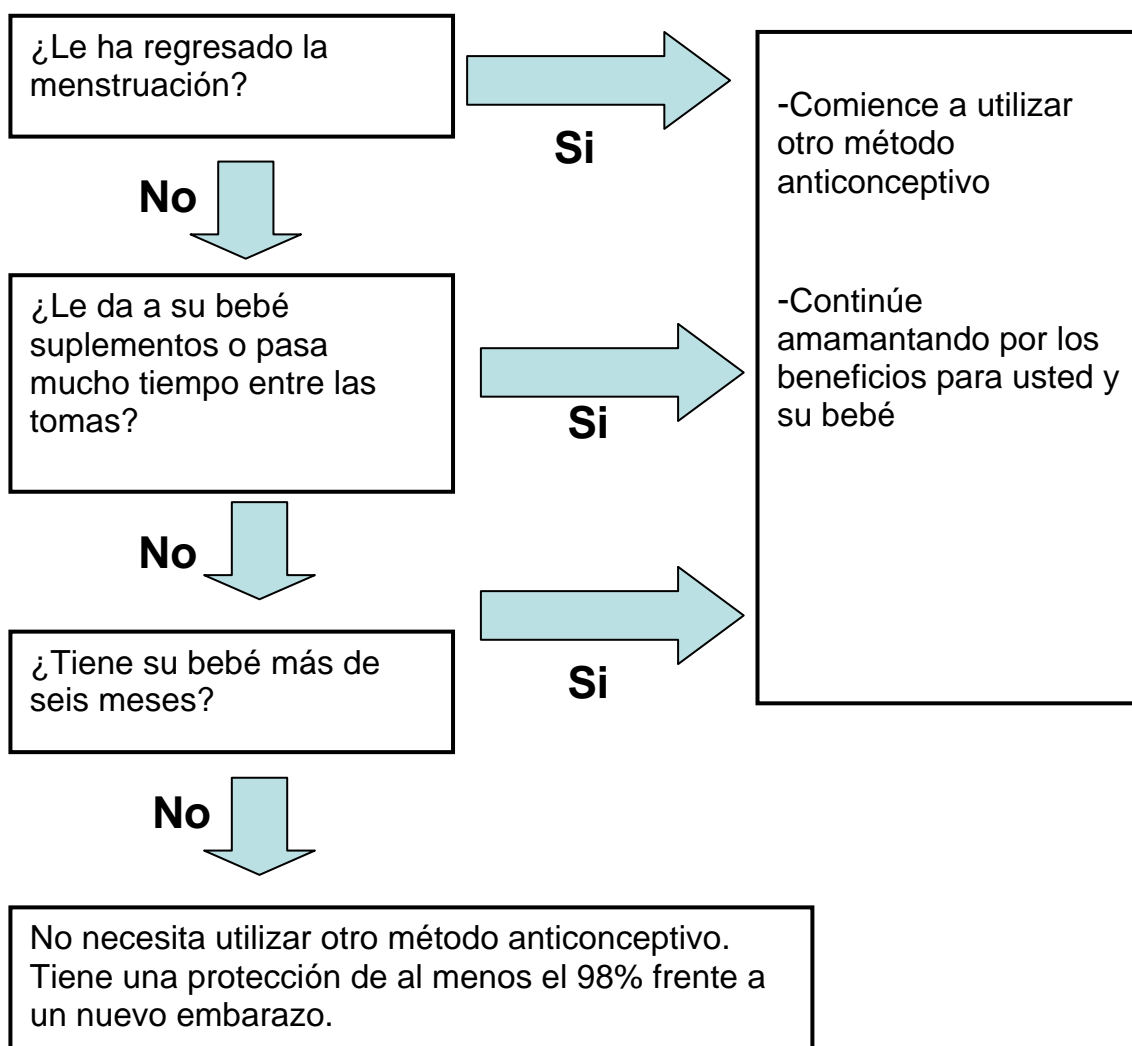
Sigue siendo un misterio por qué algunas mujeres ovulan antes que otras aunque la lactancia sea adecuada. La hipótesis predominante es que algunas mujeres tienen una mayor susceptibilidad a la prolactina (¿mayor número de receptores? ¿Diferentes biomoléculas?).

Hay mucho trabajo por hacer en cuanto a la fisiología de la amenorrea en la lactancia, y el reto se presenta fascinante.

¿EN QUÉ CONSISTE EL MELA?

El Método de la Lactancia y Amenorrea (MELA) se basa en aprovechar la infertilidad natural que tienen las mujeres durante la lactancia. La duración de esta infertilidad depende de varios factores, unos conocidos y otros desconocidos. El MELA aporta un algoritmo que ayuda a las mujeres a valorar si se encuentran en período infértil, o si por el contrario hay posibilidad de que haya regresado la fertilidad.

ALGORITMO DEL MELA



Traducido de Institute for Reproductive Health 1994

Analícemos el algoritmo paso por paso.

1. ¿Ha vuelto a menstruar?

En las madres no lactantes, la menstruación regresa entre las seis y las diez semanas posparto. En las madres que amamantan, el regreso de la menstruación es muy variable, desde los tres meses hasta los treinta o más.

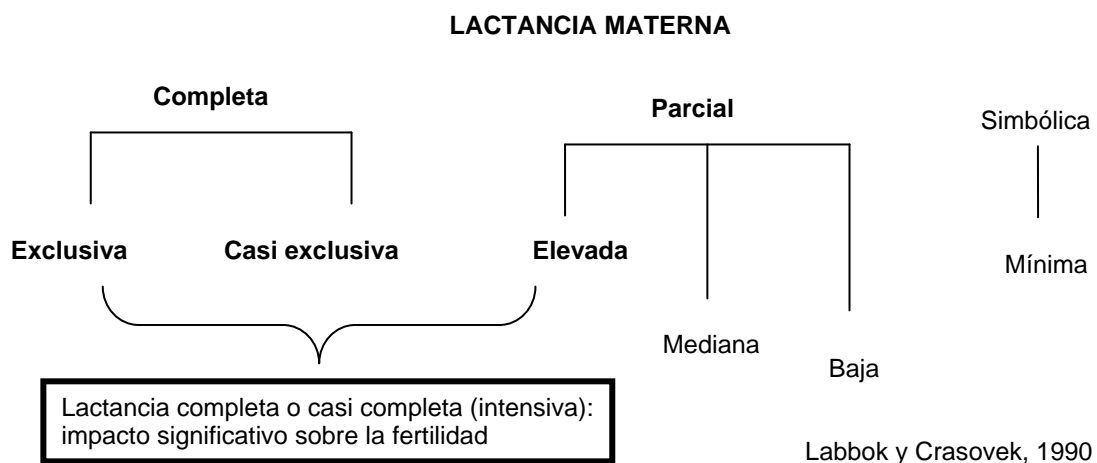
Los sangrados previos al día 56 se consideran sangrados postparto y no son signo de fertilidad (Family Health Internacional 1988). En Bellagio (1995) la menstruación se definió como “*dos días consecutivos de sangrado o manchado – spotting – o cuando la mujer considera que ha vuelto a tener la menstruación, lo que ocurra primero* “ (Kennedy KI 1996). Miriam Labbok, una gran experta en el tema, considera:

- dos días consecutivos de sangrado vaginal, o bien
- dos días consecutivos de spotting y uno de sangrado, o bien
- tres días consecutivos de spotting (Labbok MH 1997).

No es posible eliminar el criterio de la amenorrea⁵ ya que es el signo que más claramente indica la aparición de un mayor riesgo de embarazo. Las razones por las cuales reaparece la menstruación en cada mujer no están claras, como hemos visto en la fisiología, pero parece que la mayor correlación es con el tiempo de succión y con el momento de introducción de la alimentación complementaria. No está claro que el MELA *per se* retrase la aparición de la menstruación⁶.

2. ¿Le da a su bebé suplementos o pasa mucho tiempo entre las tomas?

Para que el MELA sea eficaz, una mujer debe amamantar de forma exclusiva o casi exclusiva. Para valorar este punto vamos a comentar las definiciones de lactancia materna:



Lactancia completa exclusiva: el lactante no toma ningún otro líquido ni sólido.

Lactancia completa casi exclusiva: el lactante puede recibir vitaminas, o de forma infrecuente agua, zumo o alguna bebida ritual.

Lactancia parcial elevada: no hay intervalos de más de cuatro a seis horas entre las tomas, y si hay introducción de suplementos éstos son menos del 10% de la alimentación del lactante, siendo el resto lactancia materna.

Lactancia parcial mediana (NO causa impacto sobre la fertilidad): el 50% o más de la alimentación del lactante no proviene de la lactancia materna.

Lactancia parcial baja (NO causa impacto sobre la fertilidad): el niño hace pocas tomas al día.

Lactancia simbólica o mínima (NO causa impacto sobre la fertilidad): hay una cantidad mínima de succión a intervalos muy irregulares.

En este sentido, Rotzer⁷ publicó en 1987, basándose en su amplísima experiencia clínica, las “Normas de lactancia que alcanzan un 100% de eficacia anticonceptiva en las 12 primeras semanas de posparto”:

- El bebé mama por lo menos 100 minutos al día,
- El intervalo entre dos mamadas nunca supera las 6 horas ni de día, ni de noche,
- El bebé toma el pecho por lo menos 5 veces al día,
- El bebé se alimenta exclusivamente de la leche materna.

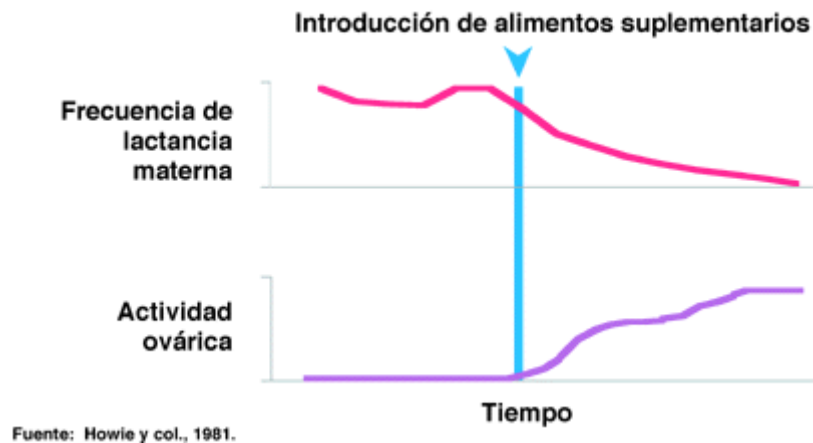
Estas normas, que según Rotzer suponen una eficacia del 100%, son más estrictas que las del MELA y suponen un uso más difícil para las madres. Se refieren, además, a los tres primeros meses posparto.

En cualquier caso, es esencial apoyar y promover una lactancia materna correcta, a demanda y exclusiva hasta los seis meses de edad del lactante.

Se nos plantea una duda con las madres que deben volver al trabajo antes de los seis meses y utilizan la extracción de leche en algunos momentos del día, en vez de la succión directa del bebé. Parece que la vuelta al trabajo en madres que utilizan el MELA se asocia a mayor riesgo de embarazo que en las madres que no trabajan fuera de casa⁸. Parece que la eficacia disminuye si la extracción manual excede al 10% de las tomas.

3. ¿Tiene su bebé más de seis meses?

Este criterio es el menos importante de los tres, y de hecho está en revisión. Se incluyó en el algoritmo porque a los seis meses postparto es cuando generalmente comienza la introducción de alimentación complementaria. Como hemos visto anteriormente, esta es la principal causa demostrable de reanudación de la actividad ovárica.



Gráfica tomada de: Serie de tecnología anticonceptiva y salud reproductiva
© Derechos de autor 2005, Family Health International (FHI)

Además, a partir de los seis meses la probabilidad de que el primer ciclo sea anovulatorio es menor.

Muchas mujeres que hacen una lactancia prolongada tienen períodos de amenorrea también muy largos. Por ello, los investigadores del MELA se preguntan si este tercer criterio puede ampliarse a más de seis meses. Hay varios estudios de investigación en curso que están explorando el uso y la eficacia del MELA durante más de seis meses.

EFICACIA DEL MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA

Existen trece estudios prospectivos que se han juzgado adecuados para evaluar la eficacia del MELA⁹, y de los cuales se extrapola la afirmación de que el MELA confiere un 98% de protección frente a un embarazo.

Estos son los datos de los cuatro estudios más significativos:

País	Autores	n	Embarazos con uso correcto del MELA	Embarazos con uso incorrecto del MELA
Chile	Perez et al. 1992	422	0,45%	-
Pakistan	Kazi et al. 1995	391	0,58 %	1,65%
Filipinas	Ramos et al. 1996	485	0,97%	1,52%
Multicéntrico	Labbok et al. 1997	519	1,50%	1,70%

Tanto los ensayos clínicos como los análisis secundarios del MELA confirman que su eficacia es comparable a la de otros métodos anticonceptivos.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MELA

1. VENTAJAS

- La lactancia materna tiene ventajas de salud física y psíquica para el lactante y para la madre que ninguna otra opción de alimentación infantil puede igualar. EL MELA puede ayudar a mantener unas conductas de lactancia óptimas.
- Cualquier madre que amamanta puede utilizar el MELA, desde el primer día posparto.
- Es eficaz en al menos un 98%.
- Sencillo de aprender y utilizar.
- Existen registros para hacer gráficas, pero no es un requisito necesario.
- Puede utilizarse bajo cualquier opción religiosa o cultural.
- No requiere ningún desembolso.

2. DESVENTAJAS

- Requiere un patrón de lactancia exclusiva o casi exclusiva que puede ser difícil de lograr para algunas mujeres, especialmente si no tienen apoyo en los momentos de dificultad o si deben volver al trabajo demasiado pronto.
- No protege frente a enfermedades de transmisión sexual.
- La duración del MELA es autolimitada.

OTROS MÉTODOS NATURALES Y LA LACTANCIA

Es evidente que el MELA sólo sirve para un momento muy específico de la vida de la mujer. Por ello, para ser realmente útil, debe incorporarse a otros métodos de planificación familiar natural. Los métodos naturales ayudan a la mujer a reconocer día a día su infertilidad o posible fertilidad, también en la época del amamantamiento. Pueden ser un complemento al MELA en los primeros seis meses, y una buena opción para cuando el MELA ya no sea aplicable.

1. Método de la Ovulación Billings

La clave es que la mujer aprenda a reconocer su patrón básico de infertilidad (PBI) y a prestar atención a los posibles cambios que indiquen una vuelta a la fertilidad. Durante dos semanas, en las que no se deben mantener relaciones genitales, la mujer anota las características de su moco para identificar el PBI. Partiendo de este patrón básico, la pareja seguirá las directivas y reglas habituales del Método de la Ovulación Billings. Recordemos que rellenar la gráfica diariamente es requisito imprescindible para utilizar de forma adecuada este método.

2. Método Sintotérmico

Signo del moco cervical: la mujer identificará su patrón básico de infertilidad (PBI). Debe atenerse para él a normas similares a las del Método Billings.

Signo de la temperatura basal: suele constar de altibajos muy llamativos mientras la mujer está infértil, para irse nivelando a medida que se acerque al estado fértil (durante una o más semanas antes del cambio).

Recordemos que rellenar la gráfica diariamente es requisito imprescindible para utilizar de forma adecuada este método. La gráfica para el Sintotérmico en la lactancia incluye información sobre intervalos entre las tomas y número de tomas.

Puede ser de ayuda (pero no es imprescindible) la palpación del cuello uterino, si la mujer la había aprendido de manera previa a la lactancia.

CONCLUSIONES

El Método de la Amenorrea y la Lactancia es un método eficaz para la regulación de la fecundidad en los primeros seis meses postparto. Enmarcado dentro de otros métodos naturales proporciona a las parejas una opción inteligente para su planificación familiar.

La clave para su implementación es hacer una buena estrategia de apoyo y promoción a la lactancia materna. Hoy por hoy los profesionales sanitarios de nuestro país están poco capacitados para llevar a cabo esta labor debido a que la lactancia materna no forma parte de su educación profesional. Por lo tanto, sería bueno:

- incluir la lactancia materna como asignatura dentro de los currículos en la formación sanitaria (medicina, enfermería...)
- apoyar la aparición de especialistas certificados en lactancia materna (IBCLC) como ocurre en otros países.
- promover los Grupos de Apoyo a la lactancia creados por madres que luchan por la lactancia y apoyados por monitoras especializadas.
- favorecer una cultura de la lactancia natural.

REFERENCIAS

- ¹ Family Health International. Consensus Statement: Breastfeeding as a Family Planning Method. *Lancet* 1998; 8621:1204-5
- ² Tay CCK, Glasier AF, McNeilly AS. Twenty-four hour patterns of prolactin secretion during lactation and the relationship to suckling and the resumption of fertility in breast-feeding women. *Hum Reprod* vol 11 n°5 (950-955), 1996
- ³ Lawrence R y Lawrence R. *Breastfeeding, a Guide for the Medical Profession*. Ed. Mosby, 5ª ed.1999.
- ⁴ Velasquez EV, Creus S, Trigo RV, Cigorruga SB, Pellizzari EH, Croxatto HB, Campo S. Pituitary-ovarian axis during lactational amenorrhoea. II. Longitudinal assessment of serum FSH polymorphism before and after recovery of menstrual cycles. *Hum Reprod*. 2006 Apr;21(4):916-23.
- ⁵ Kennedy KI, Labbok MH, Van Look PFA. Consensus Statement: Lactational Amenorrhea Method for Family Planning. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 1996; 54: 55-57
- ⁶ Van der WidjenC, Kleijnen J, Van der Berk T, Amenorrhea de la Lactancia para Planificación Familiar (revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2000 n°3. Oxford: Update Software Ltd.
- ⁷ Rotzer J:. Return of fertility after more than 1500 Deliveries in IEF Documentation 4th European Congress of the IFFLP/FIDAF Natural Family Planning and Marriage Enrichment Institut für Ehe und Familie Viena 1987.
- ⁸ Valdes V, Labbok MH, Pugin E, Perez A. The Efficacy of the Lactational Amenorrhea Method (LAM) among Working Women. *Contraception* 2000 Nov; 62 (5): 217-9
- ⁹ Kennedy K, Kotelchuk M, Policy Considerations for the Introduction and Promotion of the Lactational Amenorrhea Method: Advantages and Disadvantages of LAM. *J Hum Lact* 14(3) 1998.