



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Canto, Thelma; Polanco, Lucila
La amenorrea de la lactancia como método de planificación familiar
Salud Pública de México, vol. 38, núm. 1, enero-febrero, 1996, pp. 58-63
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10638109>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULO DE REVISIÓN

LA AMENORREA DE LA LACTANCIA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

THELMA CANTO-DE CETINA, M.C.,⁽¹⁾ LUCILA POLANCO-REYES, M. C.⁽²⁾

Canto-de Cetina T, Polanco-Reyes L.
La amenorrea de la lactancia como método
de planificación familiar.
Salud Publica Mex 1996;38:58-63.

RESUMEN

El efecto anticonceptivo de la lactancia juega un papel importante en el espaciamiento de los embarazos y, en consecuencia, es importante que se conozca en los países que están en vías de desarrollo; sin embargo, hasta hace poco no había sido sometido a prueba como método de planificación familiar. No fue sino hasta 1988 cuando un grupo de investigadores se reunió en Bellagio para establecer un consenso, el cual afirma que la lactancia natural permite espaciar los nacimientos al máximo cuando la madre amamanta al niño por completo o casi por completo y se mantiene amenorreica, sin que tenga que preocuparse por cualquier hemorragia menstrual ocurrida antes del día 56 del puerperio. Cuando se cumple con esas condiciones, la lactancia natural confiere más de 98% de protección contra el embarazo en los primeros seis meses de postparto. Estos lineamientos constituyen la base del Método de la Lactancia y de la Amenorrea (MELA), el cual es un método introductorio de planificación familiar que, al mismo tiempo que promueve el espaciamiento de los embarazos, implica be-

Canto-de Cetina T, Polanco-Reyes L.
Lactational amenorrhea method
of family planning.
Salud Publica Mex 1996;38:58-63.

ABSTRACT

The contraceptive effects of breast-feeding still play an important role in child spacing in developing countries; however, its use as a method of family planning was untested until 1988, when an international group of researchers met in Bellagio and reached a consensus statement that reads "The maximum birth spacing effect of breast-feeding is achieved when mothers fully or nearly fully breast-feed and remain amenorrheic (and no menstrual bleeding has occurred before the 56th postpartum day). When these two conditions are present, breast-feeding provides more than 98% of protection in the first six months. That became the basis for a method of family planning called the lactational amenorrhea method (LAM). Which is a new introductory family planning method that simultaneously promotes child spacing and breast-feeding, with its optimal nutrition and disease preventive benefits for the infant. This method is based on the natural infertility caused by the hormonal suppression of ovulation.

(1) Investigadora y Jefa del Departamento de Biología de la Reproducción, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán, México.

(2) Investigadora del Departamento de Biología de la Reproducción, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán, México.

beneficios naturales para el niño, referidos a una nutrición óptima y a la prevención de enfermedades infecciosas. Se basa en la infecundidad natural de las mujeres que amamantan, causada por la supresión hormonal de la ovulación.

Palabras clave: planificación familiar; anticoncepción; lactancia materna; amenorrea

Key words: family planning; contraception; breast-feeding; amenorrhea

Solicitud de sobretiros: Dra. Thelma Canto de Cetina. Departamento de Biología de la Reproducción, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán. Calle 59 #490 por Av. Itzáes, Mérida, Yucatán, México.

LA LECHE MATERNA es el alimento ideal durante los primeros meses de vida de los infantes, debido a sus beneficios nutricionales e inmunológicos ampliamente comprobados;¹⁻⁴ asimismo, la lactancia retrasa la reanudación de la ovulación y del ciclo menstrual, disminuyendo la fertilidad natural y aumentando los intervalos entre partos, lo que a su vez repercute sobre la salud del niño, puesto que se ha demostrado que, con un intervalo de dos años, la mortalidad neonatal (muerte antes de los 28 días de edad) y la infantil pueden disminuir en 10 y 16% respectivamente.⁵⁻⁸

Ancestralmente y en forma empírica se entendió la lactancia como método de regulación de la fertilidad, y en muchos países subdesarrollados contribuye más al espaciamiento de los nacimientos que el uso combinado de todos los métodos anticonceptivos;⁹ sin embargo, desde el punto de vista individual, no se había sometido a prueba como método de planificación familiar y por lo tanto se carecía de fundamentos científicos en apoyo de su uso como método anticonceptivo.

En agosto de 1988 se reunió en Bellagio, Italia, un grupo internacional de expertos para discutir el efecto anticonceptivo de la lactancia y establecer las condiciones que se requieren para su uso como método de planificación familiar. El resultado de esta conferencia, en la cual se revisaron los datos de 13 estudios prospectivos, fue la declaración conocida como el Consenso de Bellagio que establece: "Cuando una madre amamanta a su hijo completa o casi completamente y permanece en amenorrea" (haciendo caso omiso de cualquier sangrado vaginal que ocurra antes de los 56 días de postparto) tiene una protección mayor del 98% durante los primeros seis meses después del parto.^{10,11}

Estos lineamientos se convirtieron en los fundamentos del Método de la Lactancia y de la Amenorrea (MELA), formulado en la reunión del Consenso celebrada en la Universidad de Georgetown, en la cual se discutieron las guías programáticas para implementar estos parámetros.^{12,13} Sin embargo, aún no se ha logrado el apoyo universal para aceptar el MELA en las políticas de población, y las autoridades en salud lentamente están reconociendo la importancia de la lactancia con fines anticonceptivos. Este artículo se escribió con el objeto de difundir el conocimiento del método en cuestión.

MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA

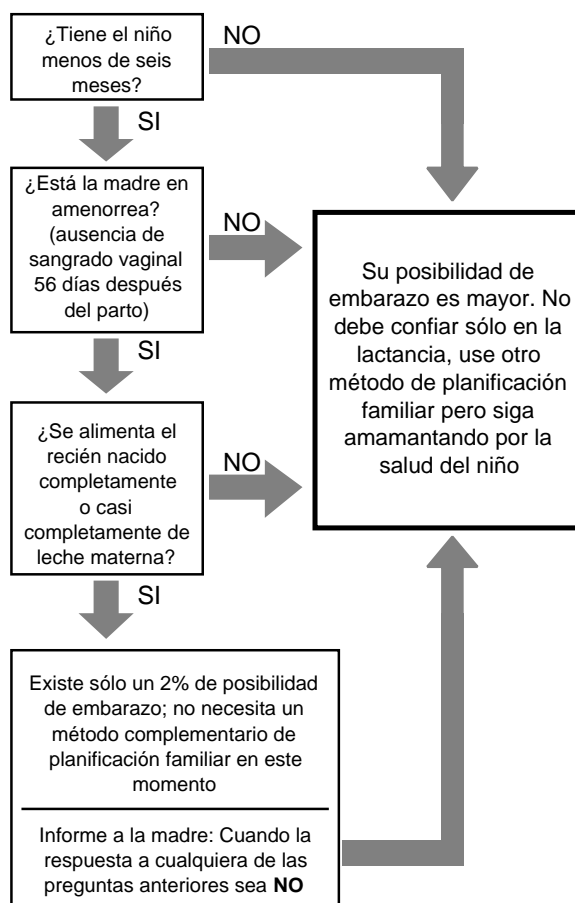
Es necesario distinguir entre la lactancia en general y el uso informado de la misma como método de regulación de la fertilidad, el cual debe considerarse como un método introductorio de planificación familiar que fortalece y apoya la aceptabilidad de la misma en usuarias nuevas.

Como ayuda para obtener la mayor seguridad posible en la prevención del embarazo se ha diseñado un algoritmo que requiere que la madre conteste tres preguntas (figura 1); en caso de que alguna de ellas fuera negativa será conveniente sugerir otro método de planificación familiar compatible con la lactancia, a fin de seguir obteniendo la misma eficacia en la prevención del embarazo.¹⁰⁻¹²

Bases fisiológicas del método

Diversos estudios demuestran que los impulsos aferentes originados al succionar actúan sobre el hipotálamo, donde causan liberación local de beta endorfinas, lo

Preguntar a la madre:



Fuente: Referencia 12

FIGURA 1. Uso del método de la amenorrea de la lactancia para espaciar los nacimientos durante los primeros seis meses de posparto

que deprime la liberación de hormonas liberadoras de gonadotrofinas (GnRH) inhibiendo la secreción de gonadotrofinas hipofisiarias, el desarrollo folicular del ovario, la ovulación y la menstruación; asimismo, la liberación hipotalámica de beta endorfinas inhibe la producción de dopamina, lo que produce aumento de la secreción de prolactina hipofisiaria.¹⁴⁻¹⁷ Cada criterio del MELA está apoyado en investigaciones; estudios tanto

demográficos como clínicos demuestran la importancia del retorno de la menstruación como señal de la recuperación de la fertilidad postparto.

Este retorno refleja la recuperación de la actividad del ciclo ovárico, aunque debe tenerse en cuenta que la fecundidad puede mantenerse baja aun después de la presencia del primer sangrado menstrual, ya que muchas veces la ovulación se caracteriza por niveles inadecuados de progesterona o se acompaña de fase lútea corta, lo que se considera incompatible con el embarazo; por tal motivo se ha sugerido que el riesgo de ovulación durante la amenorrea es más grande que el de embarazo.¹⁸⁻²⁰

Aunque la importancia de la lactancia intensiva ha sido reconocida en múltiples publicaciones, éstas presentan una falta de estandarización y definición en el patrón de la misma, lo que ha dado origen a la mala interpretación de la información y a problemas de comparación entre los diferentes estudios, ya que el término de lactancia materna por sí solo es insuficiente para describir todos los tipos de ésta; por tal motivo se ha propuesto un esquema básico (figura 2), en el que se consideran dos categorías principales: completa y parcial,²¹ siendo la primera la que debe tomarse en cuenta según los lineamientos del Consenso de Bellagio.

Hasta el momento no ha sido posible definir con precisión las tetadas necesarias para mantener la amenorrea y la anovulación. Aunque algunos estudios sugieren que no es el número absoluto de éstas lo que importa, sino el porcentaje en el cual disminuyen. Gray y colaboradores informan que cuando se controla la duración de cada episodio de lactancia, existe más del doble de riesgo de ovulación previa a la menstruación, ya sea que la frecuencia disminuya de 15 a 10 o de 10 a 5 veces por día.²²

El método toma en cuenta la realidad de los patrones de alimentación del lactante, asegurando una eficacia elevada al definir y aceptar la lactancia casi completa (del 85 al 100% de los episodios de succión) y recomendar que se amamante al bebé de día y de noche, con el objeto de mantener una frecuencia elevada de succiones.²³

Aunque se ha determinado un marco cronológico de seis meses, no se puede precisar el momento exacto en el cual aumenta la posibilidad del embarazo, puesto que el riesgo de ovular antes de la menstruación aumenta gradualmente y no se produce un cambio repentino exactamente a los seis meses; por tal motivo, de los tres criterios éste es el más difícil de fijar y el que tiene menos efecto directo sobre la fecundidad.^{20,22,24}

Se puede considerar el Consenso de Bellagio como un parteaguas en el uso de la lactancia como método de

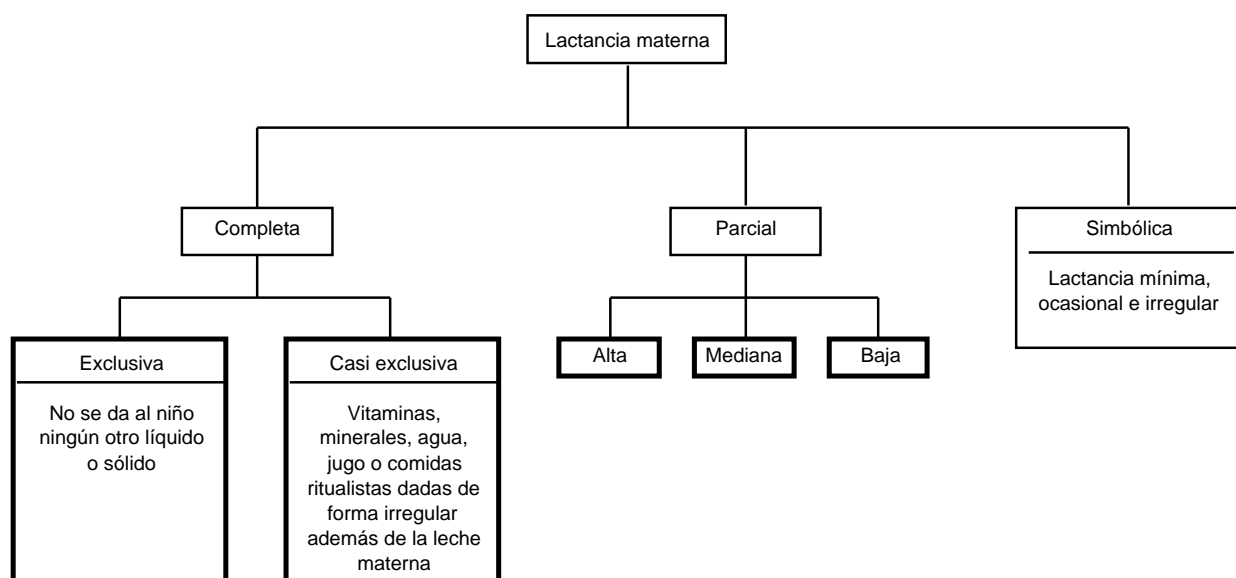


FIGURA 2. Esquema para la definición de lactancia materna

regulación de la fertilidad: publicaciones anteriores muestran que entre el 3% y 10% de las mujeres que amamantan quedan embarazadas antes de que se reanude la menstruación.²⁵⁻²⁷ Estos porcentajes representan un índice crudo de la eficacia de la amenorrea en la lactancia, ya que se obtuvieron en condiciones no controladas. Cuando se cumple con los lineamientos del Consenso de Bellagio la lactancia natural confiere más de 98% de protección contra el embarazo;^{10,11} estudios prospectivos posteriores al mismo permiten suponer que la efectividad del MELA está subestimada y puede aumentar cuando se lleva a cabo algún tipo de intervención. Así, en un estudio clínico de casos y controles realizado en 422 mujeres que escogieron la amenorrea de la lactancia como método temporal de planificación familiar, se encontró una eficacia de 99.5% con una tasa acumulativa de embarazos en la tabla de vida de 0.45% (una mujer embarazada en el sexto mes).²⁸ La intervención incluyó educación prenatal, lactancia inmediata después del parto, alojamiento conjunto de la madre y el niño, información sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, incluyendo el MELA y sus lineamientos. Este fue el primer estudio clínico en el que se ofreció el MELA como método de planificación familiar en el contexto de

un programa de promoción de la lactancia; los resultados que se obtuvieron mostraron una elevada aceptación y un alto índice de eficacia.^{23,28-30}

Se están efectuando ensayos de campo en diversos países con el objeto de integrar el MELA a los programas de planificación familiar. Los resultados preliminares confirman tanto la eficacia y aceptabilidad del método como una mejoría de los patrones de lactancia y un mayor aumento en la utilización oportuna de métodos complementarios entre las mujeres que lactan.^{23,28-30}

Es importante hacer hincapié en que este método no es el anticonceptivo ideal para todas las mujeres, ya que no siempre pueden llenar los requerimientos para asegurar la eficacia; principalmente para las mujeres que trabajan fuera del hogar es difícil mantener lactancia completa o casi completa. Otro obstáculo para la implementación del MELA como método de planificación familiar es el mismo personal de salud, pues resulta común que recomiende la introducción de alimentos complementarios a menores de seis meses y se pronuncien por el destete precoz.³¹⁻³³

El método de la lactancia y la amenorrea ha sido objeto de controversia, ya que algunos autores han señalado la conveniencia de reducir los lineamientos en aras

de simplificar el método y hacerlo más fácil y accesible para las mujeres. Así, se ha sugerido usar la primera menstruación postparto como único indicador para iniciar un método anticonceptivo complementario, independientemente del tipo de lactancia^{34,35} y se ha considerado que estar amamantando en forma completa o casi completa puede ser la característica menos importante del MELA, siempre y cuando no se disminuya bruscamente el número de veces que se administre el pecho ni se aumente el intervalo entre las mismas y se evite dar biberón,^{36,37} otros investigadores consideran que no se debe ignorar ninguno de los fundamentos del Consenso de Bellagio, ya que en caso contrario se tendrá un método de corta duración y uso limitado.³⁸ De todas maneras, en el momento actual y en tanto no se tengan los resultados de las investigaciones que se están realizando en diferentes países para evaluar la importancia y flexibilidad de cada uno de los tres criterios, es conveniente que, para asegurar la máxima efectividad anticonceptiva, se recomiende cumplir con los tres lineamientos del MELA.

Para ofrecer la amenorrea de la lactancia como un método seguro de planificación familiar postparto es indispensable que la madre:

1. Entienda y llene los tres requisitos fundamentales para el uso del MELA.
2. Reciba asesoramiento, educación y capacitación sobre las técnicas de lactancia.

3. Obtenga información adecuada y oportuna sobre métodos complementarios de planificación familiar, de tal manera que pueda escoger en el momento oportuno el que le proporcione protección sin interferir en la cantidad de leche (en caso de que continúe amamantando) ni en la salud del niño.

La lactancia materna debe promoverse tomando en cuenta su acción tanto sobre la madre al espaciar los embarazos y por ende mejorar su salud, como directamente sobre el niño al actuar sobre su crecimiento y desarrollo, por lo que es conveniente considerar el MELA como un eslabón entre la salud del niño y el espaciamiento de los embarazos.

CONCLUSIONES

El MELA es un método transitorio de planificación familiar basado en la infecundidad durante la lactancia ligado a la aplicación oportuna de otro método complementario en el momento en que se considere necesario (seis meses después del parto, si la mujer ha estado bajo MELA o en cualquier momento en que se deje de llenar alguno de los criterios que aparecen en la figura 1).

Es conveniente hacer énfasis en que, hasta este momento, para obtener la máxima seguridad anticonceptiva el MELA sólo puede ser recomendado a las mujeres que llenen los requisitos enunciados en el Consenso de Bellagio.

REFERENCIAS

1. Pierse P, Van-Aerde J, Clandinin MT. Nutritional value of human milk. *Prog Food Nutr Sci* 1988;12:421-447.
2. Goldman AS, Goldblum RM. Human milk: Immunologic nutritional relationships. *Ann N Y Acad Sci* 1990; 236-245.
3. Victora CG, Smith P, Vaughan J, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB *et al.* Infant feeding and deaths due to diarrhea. A case-control study. *Am J Epidemiol* 1989;129:1032-1041.
4. Ahan Cha, MacLean C. Growth of the exclusively breast-fed infant. *Am J Clin Nutr* 1980;33:183-192.
5. Mausner JS, Bahn AK. Epidemiología. México, D.F.: Editorial Interamericana, 1977:175.
6. Seward JF, Serdula MK. Infant feeding and infant growth. *Pediatrics* 1984;74:728-762.
7. Chandra RK. Prospective studies of the effect of breastfeeding on incidence of infection and allergy. *Acta Paediatr Scand* 1979;68:691-694.

8. Thapa S, Short RV, Potts H. Breastfeeding, birthspacing and their effects on child survival. *Nature* 1988;335: 679-682.
9. Rosa FW. The role of breastfeeding in family planning. WHO Protein Advisory Group Bull 1975;5:5-10.
10. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 1989;39:477-496.
11. Consensus statement. Breastfeeding as a family planning method. *Lancet* 1988;1204-1205.
12. Labbok M, Koniz-Booher P, Cooney K, Shelton J, Krasovec K. Guías para la lactancia materna en los programas de planificación familiar y supervivencia infantil. Washington, D.C.: Institute for Reproductive Health, Georgetown University, 1993.
13. Labbok M. Contraception during lactation: Considerations in advising the individual and in formulating programme guidelines. *J Biol Sci* 1985;Suppl 9:55-66.
14. Tyson JE. Nursing and prolactin secretion: Principal determinants in the mediation of puerperal infertility. En: Crosignani PG, Robyn C, ed. *Prolactin and human reproduction*. Londres: Academic Press, 1977:97-108.
15. Howie PW, McNelly AS, Houston MJ, Cook A, Boyle H. Fertility after childbirth: Infant feeding patterns, basal PRL levels and post-partum ovulation. *Clin Endocrinol* 1982;17:315-322.
16. Yen SSC, Quigley ME, Reid RL, Ropert JF, Cetel MS. Neuroendocrinology of opioid peptides and their role in the control of gonadotropin and prolactin secretion. *Am J Obstet Gynecol* 1985;15:485-493.
17. Seifer DB, Collins RL. Current concepts of beta-endorphin physiology in female reproductive dysfunction. *Fertil Steril* 1990;54:757-769.
18. Díaz S, Miranda P, Cárdenas H, Salvatierra A, Brandeis A, Croxatto HG. Relative contributions of anovulation and luteal phase defect to the reduced pregnancy rate of breastfeeding women. *Fertil Steril* 1992;58:498-593.
19. Lewis PR, Brown JB, Renfree MB, Short RV. The resumption of ovulation and menstruation in a well-nourished population of women breastfeeding for an extended period of time. *Fertil Steril* 1991;55:529-536.
20. Campbell OMR, Gray RH. Characteristic and determinants of postpartum ovarian function in women in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169: 55-60.
21. Labbok M, Krasovec K. Towards consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann* 1990;21:226-230.
22. Gray RH, Campbell OM, Apelo R, Eslami SS, Zacur H, Ramos RM *et al.* Risk of ovulation during lactation. *Lancet* 1990;335:25-29.
23. Labbok MH, Pérez A, Valdés V, Sevilla F, Wade K, Laukaran VH *et al.* The lactational amenorrhea method (LAM). A postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Adv Contracept* 1994;10:93-109.
24. Short RV. Lactational infertility in family planning. *Ann Intern Med* 1993;25:175-180.
25. Van-Ginneken JK. Prolonged breastfeeding as a birth spacing method. *Stud Fam Plann* 1974;5:201-206.
26. Rolland R. Bibliography (with review) on contraceptive effects of breastfeeding. *Biblios Reprod* 1976;28:1-4.
27. Simpson-Hebert M, Huffman SL. The contraceptive effect of breastfeeding. *Stud Fam Plann* 1981;12:125-133.
28. Pérez A, Labbok MH, Queenan JT. Clinical study of the lactational amenorrhea method for family planning. *Lancet* 1992;339:468-470.
29. Wade KB, Sevilla F, Labbok M. Integrating the lactational amenorrhea method into a family planning program in Ecuador. *Stud Fam Plann* 1994;25:162-175.
30. Huffman SL, Labbok MH. Breastfeeding in family planning programs: A help or a hindrance. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;47Suppl:S23-S32.
31. Potter JE, Mojarro DO, Hernández FD. Opinión del personal de salud sobre el patrón de lactancia en el área rural de México. *Salud Publica Mex* 1991;33(1):18-28.
32. Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez Lizaure AB, Arroyo P, ed. *Nutriología médica*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, Editorial Médica Panamericana, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, 1995:40.
33. Torre P. Los sucesos de la leche materna en la seguridad social mexicana durante 1990. *Salud Publica Mex* 1993;35(6):700-708.
34. Short RV, Lewis PR, Renfree MB, Shew G. Contraceptive effects of extended lactational amenorrhea: Beyond the Bellagio Consensus. *Lancet* 1991;337:715-717.
35. Rojnik B, Kosmelj K, Andolsek-Jeras L. Initiation of contraception postpartum. *Contraception* 1995;51:75-81.
36. Díaz S, Rodríguez G, Marshall G, Del Pino G, Casado ME, Miranda P *et al.* Breastfeeding pattern and the duration of lactational amenorrhea in urban Chilean women. *Contraception* 1988;38:37-51.
37. Kennedy K, Visness C. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea. *Lancet* 1992;339:227-230.
38. Labbok M. Lactational amenorrhea. *Lancet* 1991; 337(8751):1233.