Lactancia en personas trans: perspectiva bioética

López Guzmán J[1], Crespo Garrido S[2], Centenera Jaraba JI[1]
1 Área Humanidades Farmacéuticas. Facultad de Farmacia y Nutrición. Universidad de Navarra.
2 Departamento de Humanidades. Facultad de Ciencias Experimentales. Universidad Francisco de Vitoria.

Fecha de recepción: 09/11/2022 - Fecha de aceptación: 06/12/2022

DOI: http://dx.doi.org/10.4321/S1699-714X2024000300016

RESUMEN

La lactancia materna en personas trans y de género no conforme ha emergido como una realidad, fruto de la nueva situación que las diferentes legislaciones han conferido a las personas que integran estos colectivos, a la que se comenzó a dar contestación sanitaria sin disponer de las suficientes herramientas (técnicas y bioéticas) para ello. En los últimos años se están desarrollando investigaciones y propuestas concretas orientadas a informar y aplicar protocolos para la lactancia en personas trans. No obstante, hay que destacar que las citadas propuestas técnicas de atención a la lactancia en personas trans no han ido acompañadas de la pertinente valoración ética y, por otra parte, tampoco se han podido valorar los efectos a largo plazo de estas actuaciones farmacológicas tanto para las personas trans como para el bebé. El presente artículo pretende contribuir a la reflexión sobre la eticidad de aquellos procesos orientados a la producción de leche y amamantamiento por parte de hombres y mujeres trans.

Palabras clave: **Lactancia, transexual, transgénero, domperidona, bioética.**

Breastfeeding in trans people: bioethical perspective

SUMMARY:

Breastfeeding in trans and gender non-conforming people has emerged as a reality, the result of the new situation that the different legislations have conferred on the people who make up these groups, to which health response began to be given without having sufficient tools (technical and bioethical) for it. In recent years, research and specific proposals have been developed aimed at informing and applying protocols for breastfeeding in trans people. However, it should be noted that the technical proposals for breastfeeding care in trans people have not been accompanied by the relevant ethical assessment and, on the other hand, it has not been possible to assess the long-term effects of these pharmacological actions both for trans people like to baby. This article aims to contribute to the reflection on the ethicality of those processes aimed at milk production and breastfeeding by trans men and women.

Keywords: **Breastfeeding, transexual, transgender, domperidone, bioethics.**

José López Guzmán · Edificio Investigación, Facultad de Farmacia y Nutrición ·Universidad de Navarra 31008 Pamplona (España).
jlguzman@unav.es

"Chestfeeding a baby could be the cause of feelings as diverse as gender dysphoria in the case of trans men, and euphoria and affirmation of femininity in trans woman"[1].

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna en personas trans y de género no conforme ha emergido como una realidad, fruto de la nueva situación que las diferentes legislaciones han conferido a las personas que integran estos colectivos, a la que se ha dado contestación sanitaria sin disponer de las suficientes herramientas (técnicas y bioéticas) para ello. Por ejemplo, no hay duda de que la lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud de la madre y del hijo, hay numerosas evidencias que avalan la anterior afirmación[2]. Sin embargo, no hay suficientes estudios que demuestren que la lactancia ofrecida por una persona trans, a un niño o niña, vaya a redundar de la misma forma en el bienestar de la persona dadora y/o receptora.

La lactancia por parte de personas trans puede ser tanto en mujeres trans como en hombres trans. Aunque, como es lógico, el proceso de ayuda farmacológica para lograr ese objetivo será distinto según el sexo de la persona.

En lo que respecta a los hombres trans, algunos mantienen su útero y pueden llevar a término un embarazo y, posteriormente, amamantar a sus bebés. Del mismo modo, hombres trans pueden no gestar, pero decidir amamantar a bebés adoptados. En cualquiera de los supuestos anteriores, los hombres trans requerirán de un apoyo especializado debido, fundamentalmente, a los tratamientos hormonales que están utilizando[1] y que deberán ser aminorados o retirados en los periodos de lactancia. En este marco también hay que destacar el protagonismo que está adquiriendo la colactancia, en la que, en la mayoría de los casos, se involucra a un padre gestacional y a un padre no gestacional[3].

En cuanto a las mujeres trans, hay que partir del hecho de que la función de la lactancia siempre se ha asociado al sexo femenino y, por ello, se ha considerado que las personas de sexo masculino no podían producir leche para amamantar. Esta creencia no es cierta ya que, como se mostrará en los siguientes párrafos, hay casos en los que personas de sexo masculino han llegado a poder ofrecer una lactancia a sus bebés. En los seres humanos el desarrollo de las glándulas en machos y hembras es similar hasta la pubertad, momento en el que hay una diferenciación de tamaño de las glándulas debido a las hormonas[4]. No obstante, este proceso no se debe simplificar tanto, ya que tiene notables diferencias a partir de la adolescencia y, por otra parte, en la persona de sexo masculino no se sucede de forma inmediata, requiriendo someter a la persona a un tratamiento que lo favorezca. Efectivamente, las hormonas no solo tienen una influencia en cuanto al tamaño de las glándulas mamarias, sino que "las hormonas generan redes de señalización complejas que influyen en las interacciones epiteliales-mesenquimatosas al regular la producción de vías de señalización secundarias, que impulsan la diafonía entre y dentro de los compartimentos"[5]. La existencia de menos conductos y alveolos en mujeres trans en comparación con las personas de sexo femenino podría ser una de las causas de la escasa producción de leche en las primeras[4].

En los últimos años se están desarrollando investigaciones y propuestas concretas orientadas a informar y aplicar protocolos para la lactancia en personas trans. Por ejemplo, The Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) ha establecido un protocolo orientado a ofrecer orientación a aquellas personas que cuidan a personas identificadas como LGBTQ+[6]. No obstante, hay que destacar que las citadas propuestas técnicas de atención a la lactancia en personas trans no han ido acompañadas de la pertinente valoración ética y por otra parte, tampoco se han podido valorar los efectos a largo plazo de estas actuaciones farmacológicas tanto para las personas trans como para el bebé. El presente artículo pretende contribuir a la reflexión sobre la eticidad de aquellos procesos orientados a la producción de leche y amamantamiento por parte de hombres y mujeres trans.

LACTANCIA EN MUJERES TRANS

Para determinar los problemas éticos que puede suscitar la lactancia por personas trans es necesario que, previamente, nos detengamos a mostrar cual es el proceso seguido para tal fin. La comprensión de los pasos necesarios para que una persona trans pueda llegar a amamantar, desde razones por la que se quiere dar el pecho hasta los medicamentos que se tienen que emplear, ofrecerán la base imprescindible para sustentar la valoración ética. Para mostrar el proceso de inducción de la lactancia en mujeres trans nos ha parecido oportuno, y didáctico, exponer los dos primeros casos publicados sobre mujeres trans que consiguieron amamantar a sus bebés.

Descripción de los primeros casos de lactancia en mujeres trans

En el año 2018 los medios de comunicación informaron ampliamente de la primera mujer transexual que había logrado amamantar a su bebé[7]. Se hacían eco de un caso expuesto en la revista Transgender Health[8] y considerado como el primer procedimiento registrado ya que fue el primero publicado en una revista científica. Es cierto que en algunos textos se hace referencia a que antes de 2018 ya se había logrado que mujeres transexuales pudieran amamantar, sin embargo, estos no quedaron descritos en ningún artículo científico. En este sentido, Trautner y col. exponen que en una encuesta que realizaron en 2018 (el mismo año de la publicación del artículo que estamos revisando) "dieciséis encuestados (21%) conocían proveedores, clínicas o programas que facilitaban la inducción de la lactancia a través de medicamentos u otros medios. Siete encuestados (9%) han ayudado a mujeres trans a inducir la lactancia con un promedio de 1,9 mujeres trans en el año anterior"[9].

En este apartado vamos a exponer algunas de las características de las dos primeras publicaciones que detallaron y explicaron el proceso por el que lograron que una mujer trans tuviera suficiente leche para amamantar a un bebé.

Reisman y Goldstein (2018)

En el citado artículo se describía el caso de lactancia no puerperal inducida en una mujer trans que había recibido terapia hormonal feminizante durante los últimos 6 años y que quería amamantar a su bebé adoptado. Se implementó un régimen de domperidona, progesterona y extracción de leche. Con ello se logró que hubiera un volumen de leche suficiente para alimentar al hijo durante 6 semanas.

Este primer caso no se debió a una "necesidad" real para amamantar al bebé en el ámbito familiar, ya que la pareja de la mujer trans estaba embarazada, pero no quería amamantar. En el reporte se recoge que la paciente no se había sometido a ninguna cirugía de afirmación de género, como aumento de senos, orquiectomía o vaginoplastía. El tratamiento que estaba utilizando en la primera visita: espironolactona 50 mg, dos veces al día (bloqueador de andrógenos); estradiol 2 mg, dos veces al día; progesterona micronizada 100 mg, dos veces al día; clonazepam, de forma ocasional (para trastorno de pánico); y zolpidem, de forma ocasional (para el insomnio).

Los médicos implicados realizaron un estudio de publicaciones referentes a la lactancia inducida puerperal, aportando 6 referencias, ninguna de ellas concernientes a personas trans (se trataba de casos de adopción o subrogación). Con esa información establecen un protocolo (método generalmente administrado a mujeres que adoptan bebés o que los obtienen a través de maternidad subrogada y que se conoce como método Newman y Golfear y "cuyo objetivo principal es imitar la situación fisiológica hormonal propia del embarazo que induce los cambios necesarios en el pecho preparándolo para la lactancia, y la situación hormonal postparto que promueve la producción y eyección de leche"[10]:

1. Aumento de la dosis de estradiol y progesterona para imitar los altos niveles observados durante el embarazo.

2. Uso de un galactogogo para aumentar los niveles de prolactina. Se utilizó la domperidona (10 mg, tres veces al día), un antiemético empleado off-label[11] como galactogogo.

3. Utilización de un extractor de leche para aumentar los niveles de prolactina y oxitocina.

4. La posterior reducción de los niveles de estradiol y progesterona, con la intención de simular el parto.

5. Espironolactona 50 mg, dos veces al día. Este bloqueador de andrógenos supone una diferencia con el protocolo de Newman y Goldfar que se estableció para personas de sexo femenino. En este caso, al ser una persona de sexo masculina requiere la toma de bloqueadores de andrógenos.

En la siguiente visita, concertada un mes después de la anterior, la paciente ya podía extraer gotitas de leche. El tratamiento fue siendo modificado en las distintas visitas con oscilaciones de estrógenos y progestágenos y un incremento de la domperidona (20 mg, tres veces al día).

Al tercer mes (2 semanas antes de la fecha de parto), la paciente producía 8 oz de leche materna por día y se redujeron las dosis de estradiol y progesterona. El bebé nació tres meses y medio después de instaurar el tratamiento y fue amamantado durante 6 semanas. En esa franja de tiempo se observó que el niño tenía un crecimiento, alimentación y hábitos intestinales normales.

Wamboldt, Shuster y Sidhu (2020)

Wamboldt y col. publicaron en el año 2021 un artículo en el que exponían un caso exitoso de lactancia[4], el de una mujer trans que logró producción de leche en poco más de un mes. Hay que hacer constar que la mujer había estado utilizando una bomba manual, de 3 a 4 veces al día durante unos 5 minutos, los cuatro meses anteriores a la visita a la clínica de endocrinología, logrando unas pocas gotas de leche diarias.

En este caso, al llegar a la clínica la mujer estaba utilizando la siguiente pauta: espironolactona 100 mg, dos veces al día; estradiol 5 mg al día; progesterona 100 mg al día; pantoprazol 40 mg al día (por un problema de reflujo gastroesofágico); y una bomba manual 3-4 veces al día, 5 minutos.

Al igual que en el caso de Reisman, se tomaron como referencia los protocolos de lactancia para personas de sexo femenino no puerperales. De tal forma que se realizaron modificaciones en las proporciones de estrógenos y progestágenos, añadiendo la domperidona (10 mg, 3 veces al día) e introduciendo el empleo de una bomba eléctrica (un mínimo de 4 veces al día, 5 minutos) que se tuvo que desechar posteriormente porque provocaba una irritación del pezón.

Al mes producía de 3 a 5 onzas por día, pero la cantidad fue decreciendo y a las 8 semanas hubo que incrementar la domperidona: 30 mg, 3 veces al día. La mujer trans volvió a producir de 3 a 5 onzas por día, aunque ya no cumplía con las necesidades nutricionales de su hijo.

La evolución de lactancia en mujeres trans

Después de las aportaciones de Reisman y Wamboldt se han producido pocas novedades en relación al tema tratado. Es cierto que se han contemplado otros medicamentos alternativos a los expuestos por estos investigadores. Por ejemplo, la utilización de anti andrógenos distintos a la espironolactona, como el acetato de ciproterona y la Gn RH; o galactogogos diferentes a la domperidona como, por ejemplo, la metoclopramida, acupuntura o algunos de tipo natural a base de hierbas[6] como, por ejemplo, ruda de cabra y malunggay (moringa oleifera)[3]. También se han ido evidenciando ciertos problemas como, por ejemplo, que el aumento de senos puede enmascarar un desarrollo inadecuado de tejido mamario, provocar una atrofia por presión del tejido restante, o aumentar el riesgo de ingurgitación durante la lactancia inducida[3].

LACTANCIA EN HOMBRES TRANS

La lactancia ofrece menos problemas en hombres trans que en mujeres trans, ya que los primeros poseen de nacimiento la fisiología propia del sexo femenino, constitución más adaptada a la lactancia. De ahí que, si se ha mostrado una publicación de 2018 como la primera que se ocupa de la lactancia por una mujer trans, se pueden encontrar publicaciones que se ocupan de la lactancia en hombres trans anteriores al año 2018[10]. Los posibles problemas de la lactancia por parte de hombres trans están asociados a si han sufrido intervenciones en sus senos (y de qué tipo han sido esas intervenciones) y al tiempo que lleven tomando tratamientos hormonales.

Hoffkling y col. aluden a que las necesidades que hay que atender de los hombres trans, en lo que respecta a la concepción, embarazo y lactancia, son de tres tipos. La primera relacionada con los problemas de transfobia, la segunda a haber tenido una cirugía de afirmación de género, y la última a la exposición a testosterona[13]. Nos vamos a ocupar de las dos últimas, ya que la primera excede el objetivo de este trabajo.

Los hombres trans se pueden someter, en lo que respecta a sus senos, a procesos de reasignación de género que oscilan desde la mastectomía total bilateral con resección del complejo areolar del pezón, a la reducción de senos con preservación del complejo areolar del pezón.

En el segundo de los casos, se creará un seno masculino, manteniendo parte de la glándula mamaria, y dando la posibilidad de una posterior lactancia[1]. En este aspecto hay que considerar un factor que tendrá una gran repercusión en un futuro próximo, nos referimos al gran aumento de reconstrucciones torácicas en menores. Así, en un reciente trabajo se ofrece el dato de que las reconstrucciones torácicas en menores de 18 años sufrieron, en EE. UU, un aumento del 389% entre 2016 y 2019[14].

Hay que pensar que los propios sentimientos de disforia pueden ocasionar que los hombres trans sientan rechazo a la lactancia: "muchos hombres trans no quieren amamantar porque reconocen que hacerlo es un punto de inflexión. Lo describen como una experiencia angustiosa e incluso afirman que es el pináculo de la disforia de género"[1]. No obstante, en un estudio en el que se entrevistó a 22 hombres trans que habían experimentado o estaban experimentando embarazo, parto y alimentación infantil, 16 decidieron amamantar durante algún tiempo y los cuatro que no lo intentaron adujeron razones de salud física o mental[12].

En el caso de lactancia por un hombre trans será necesario controlar la toma de testosterona. Para aquellos que buscan amamantar tendrán que tener en cuenta que se ha demostrado que un nivel elevado de testosterona suprime la lactancia por provocar la atrofia de los tejidos mamarios que responden al estrógeno. Por ello, la ABM recomienda que los hombres trans que son padres gestacionales suspendan la terapia con testosterona durante el embarazo[6]. Por otra parte, "la testosterona no parece pasar significativamente a la leche materna o tener un impacto a corto plazo en los bebés". Pero por la incertidumbre que suscita "se recomienda que los hombres trans que den pecho no tomen testosterona"[15].

En otro orden de cosas, hay que tener en cuenta las dificultades para la succión de los bebés debido a la falta de tejido y piel; y los problemas de congestión y mastitis después de usar vendajes opresivos ya que estos pueden haber puesto en compromiso el tejido glandular[1].

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA

La lactancia materna ofrece numerosos beneficios, tanto para el receptor como para el donante: ventajas inmunológicas y metabólicas. También se puede hacer alusión a otro tipo de beneficios sociales como, por ejemplo, el gasto económico ocasionado por las leches de fórmula o la mayor prevalencia de enfermedades de la población que no se ha beneficiado de la leche materna.

Las premisas anteriores se han estudiado ampliamente en mujeres gestantes, comprobándose el beneficio de la lactancia materna frente a otras alternativas. Sin embargo, esos resultados no pueden ser directamente aplicados a la lactancia en personas trans, ya que hay una serie de factores que pueden distorsionar el resultado. Por ejemplo, la influencia de los tratamientos hormonales que pueden llegar a excretar metabolitos en la leche; la influencia de los cambios hormonales en la persona donante; el estrés de los padres (por los cambios hormonales, la dificultad de la lactancia, la incertidumbre sobre la frecuencia de éxito, etc.); o las consecuencias en el desarrollo neurológico de sus hijos. Además, cualquier beneficio de la leche materna debe sopesarse frente a los posibles riesgos[6]; o también habrá que cuestionar el beneficio económico que, en este caso, se verá afectado por el gasto ocasionado por los tratamientos.

Por ello, llama la atención que en los trabajos sobre lactancia en personas trans se aluda a los beneficios derivados de ella, haciendo una simple extrapolación de los datos obtenidos, hasta ese momento, en lactancia materna en personas de sexo femenino[8].

RIESGO DE LA LACTANCIA POR PERSONAS TRANS

Los principales riesgos a considerar son aquellos derivados de los tratamientos utilizados en la reasignación de género y aquellos otros introducidos para lograr la lactancia. Antes de seguir hay que destacar que la falta de datos concluyentes, sobre el riesgo que supone el uso de la mayoría de los medicamentos durante la lactancia, es una de las razones que se esgrime para justificar las bajas tasas de lactancia cuando se está tomando algún medicamento[16].

A continuación, se va a realizar una exposición de los medicamentos que hay que considerar en el proceso de lactancia por parte de una persona trans. Bien por ser los que utilizan las personas trans en su proceso de reasignación, o bien por ser utilizados para inducir la producción de leche. Todos esos medicamentos deberán ser tenidos en consideración por su posible influencia en la producción y calidad la leche, en la aparición de metabolitos de los medicamentos usados, en la salud del lactante y en la salud y bienestar de la persona que amamanta.

Bloqueadores de andrógenos.

En el primer caso reportado de una mujer trans, mostrado en el apartado 2, se evidencia que ella estaba utilizando bloqueadores de andrógenos durante todo el proceso. Los autores señalan que la cancrenona es un metabolito de la espironolactona que se secreta en la leche humana pero que, aunque se ha constatado un potencial tumorigénico en ratas, no parece ser preocupante en humanos y, además, se encuentra en una dosis muy baja[8]. La American Academy of Pedriatrics (AAP), publicó en septiembre de 2001 un trabajo titulado "The transfer of drugs and other chemicals into human milk" en el que incluye fármacos en los que se ha encontrado su presencia en la leche materna. En la clasificación de la AAP, la espironolactona se encuentra entre los fármacos sin signos o síntomas informados en lactantes o efectos sobre la lactancia[17]. Esto no quiere decir que se haya comprobado que no tiene efectos en los lactantes, sino que no se ha encontrado ningún artículo que lo indique. Algo que, por otra parte, no es extraño ya que no es habitual que una madre lactante esté tomando un bloqueador de andrógenos. Wamboldt y col. indican que aunque la espirinolactona se puede utilizar en lactancia hay que ser precavidos ya que los estudios han analizado dosis mucho más bajas que las que son utilizadas en mujeres trans[4]. También hacen alusión a un caso de desarrollo de genitales ambiguos en un recién nacido cuya madre fue tratada con espirinolactona hasta la semana cinco de gestación.

Domperidona

La domperidona está aprobada en algunos países para tratar ciertos trastornos gástricos. Además, la domperidona puede aumentar la secreción de prolactina, hormona necesaria para la lactancia y, por ello, es utilizada, en ocasiones, para ese fin sin haber obtenido

la autorización de la agencia reguladora de los medicamentos. Es decir, la utilización de la domperidona para el incremento de la lactancia esta fuera de ficha técnica, es lo que se conoce como un uso off-label del medicamento[18].

En cuanto a la domperidona y la lactancia materna hay tres cuestiones a destacar:

La primera, que hay ciertas dudas sobre su capacidad de aumentar el volumen de leche, ya que existe escasa evidencia sobre ello[19].

La segunda, sobre su seguridad. Aunque la domperidona se encuentra entre los fármacos que la AAP consideró, en 2001, sin signos o síntomas informados en lactantes o efectos sobre la lactancia[17], ello no quiere decir que no exista un riesgo de aparición de efectos extrapiramidales por ejemplo, sino que no se ha evidenciado. Sobre esta cuestión, Foong et al. mantienen que, debido a la escasez de información, se necesitan estudios de alta calidad para aumentar la certeza sobre los efectos nocivos de los potenciadores de la lactancia[19]. No obstante, la domperidona ha sido un medicamento bastante cuestionado desde hace tiempo. Así, la FDA advirtió, en 2004, a las mujeres que amamantaban, que no usaran ese producto debido a problemas de seguridad. De hecho, la domperidona estaba siendo utilizada en EE.UU de forma ilegal ya que la FDA no la había autorizado por riesgos potenciales para la salud pública, debido a que se había detectado la capacidad de provocar arritmias cardiacas, paro cardiaco y muerte súbita cuando el paciente la recibía por vía intravenosa[20]. Las autoridades sanitarias de Canadá informaron sobre los riesgos cardíacos asociados con el uso de domperidona a los profesionales de la salud y al público[18]. En cuanto a cuestiones menores provocadas por la domperidona e informadas a la FDA, se pueden destacar "sequedad de boca, dolor de cabeza, mareos, náuseas, calambres abdominales, diarrea, palpitaciones, malestar general, y dificultad para respirar"[21].

En el apartado de los posibles efectos nocivos hay un factor a destacar que hay que considerar: al tratarse de un medicamento de uso fuera de ficha técnica no se han reconocido unas dosis oficiales en su uso para aumentar el suministro de leche. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) solo ha autorizado la indicación de la domperidona para "alivio de los síntomas de náuseas y vómitos en adultos y adolescentes de 12 años o mayores y que pesen 35 kg o más". Estableciéndose la posología en 10 mg hasta tres veces al día, con una dosis máxima de 30 mg/día[22]. En el monográfico de 2006 sobre la domperidona, del National Center for Biotechnology Information, se hace alusión a investigaciones en las que se emplean dosis de 10 mg tres veces al día durante 4 a 10 días. En otros dos estudios se aumentó la dosis a 20 mg tres veces al día sin llegar a observar un aumento adicional de leche estadísticamente significativo[21]. Las autoridades sanitarias de Canadá establecieron una dosis diaria máxima recomendada de 30 mg, al mismo tiempo se instauraban nuevas restricciones de uso en pacientes con ciertas afecciones médicas que pudieran aumentar el riesgo de eventos cardíacos adversos, o que tomaran medicamentos que pudieran interactuar con domperidona[18].

Por último, la domperidona se excreta en la leche materna y puede exponer al lactante a riesgos desconocidos[20]. No obstante, se piensa que los lactantes recibirían menos del 0,1% de la dosis materna ajustada al peso y que, por otra parte, no se han encontrado efectos adversos (aunque hay que destacar que el número de trabajos es escaso)[21].

Estradiol

La American Academy of Pedriatrics (AAP) incluyó, en 2001, al estradiol entre los medicamentos maternos que tienen efectos sobre el lactante o la lactancia, en concreto indica que puede provocar sangrado vaginal[17]. Sobre los estrógenos se aportan más datos en el siguiente apartado, dedicado a los progestágenos, ya que, debido a su utilización vinculada, muchos investigadores realizan un estudio conjunto de ambos.

Progesterona

La progesterona se encuentra entre los fármacos que la AAP consideró, en 2001, sin signos o síntomas informados en lactantes o efectos sobre la lactancia[17].

Sobre los estrógenos y progestágenos hay una viva controversia en cuanto a sus efectos en la gestante y en la lactancia. Así, por ejemplo, se suele reconocer que la anticoncepción hormonal (progestágeno con o sin estrógeno) se suele utilizar en la prevención del embarazo postparto y generalmente se considera segura[16]. No obstante, los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos recomiendan no usar anticonceptivos orales combinados en los primeros 21 días del periodo postparto debido al riesgo de tromboembolismo venoso: "Las mujeres posparto que están amamantando no deben usar anticonceptivos hormonales combinados durante las primeras 3 semanas después del parto debido a la preocupación sobre el aumento del riesgo de tromboembolismo venoso y, en general, no deben usar anticonceptivos hormonales combinados durante la cuarta semana posparto debido a las preocupaciones sobre los posibles efectos en el desempeño de la lactancia. Las mujeres que amamantan en el posparto con otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso generalmente no deben usar anticonceptivos hormonales combinados de 4 a 6 semanas después del parto"[23]. La polémica sobre la conveniencia o riesgo de la utilización de progestagenos y/o estrógenos en la lactancia se encuentra alimentada por estudios (muchos de ellos de regular calidad) que llegan a distintas conclusiones. Se requiere de investigaciones complementarias que ofrezcan datos fiables sobre esta cuestión y no por un ánimo de "estigmatizar el uso de anticonceptivos en padres trans que amamantan" como sugiere Paynter[16], sino por un elemental sentido de prudencia que exige un rigor en cualquier estudio científico.

Testosterona

En los hombres trans habrá que controlar la toma de testosterona. Existen datos limitados de seguridad con respecto al uso de testosterona durante la lactancia. Se recomienda cesar la toma de testosterona durante el embarazo y la lactancia, sin embrago se evidencia que muchos hombres trans lactantes pueden experimentar disforia de género cuando se reduce o elimina la terapia de testosterona y, por ello, se tiene que reiniciar[24].

García-Acosta mantiene que el uso de testosterona "parece ser seguro porque no se excreta significativamente a través de la leche y no tiene efecto sobre el recién nacido"[1]. Por su parte, Oberhelman-Eaton y col. realizaron un seguimiento a un hombre trans observando que conforme

aumentaba las concentraciones séricas de testosterona en el hombre trans también aumentaban las concentraciones de testosterona en la leche, llegando a una concentración máxima de 35,9 ng/dl cuando la madre lactante recibía una dosis de ciprionato de testosterona subcutáneo de 80 mg por semana. No obstante, "el bebé no tuvo efectos secundarios observables y sus concentraciones séricas de testosterona permanecieron indetectables durante todo el periodo de estudio"[24].

REFLEXIÓN BIOÉTICA

Al revisar la bibliografía sobre lactancia llevada a cabo por personas trans hay dos cuestiones que llaman poderosamente la atención. La primera, las muchas interrogantes que suscitan los procesos llevados a cabo y las incertidumbres sobre sus efectos. La segunda, la frivolidad en los planteamientos científicos y asistenciales que, en muchos casos, obvian los protocolos normales establecidos ante nuevas situaciones en las que se requiere una intervención médica. Por ejemplo, antes de la aplicación de una nueva técnica no contrastada o el empleo de un nuevo medicamento se requiere de la aprobación de un comité ético, algo que no se cumple en el primer caso reportado, el de Reisman[8]. En ese artículo, tomado como referencia y citado por la mayoría de investigadores que han tratado el tema posteriormente, no se alude a que se haya consultado a un comité ético ni que haya habido un trabajo de investigación prudente antes de acometer el proceso. En el artículo al que se hace referencia, se indica que una mujer trans acude a la consultan solicitando ayuda para amamantar a su hijo y, por ello, el equipo sanitario decide someterla al protocolo utilizado para mujeres que adoptan bebés. A partir de lo indicado en el reporte se pueden realizar algunas consideraciones que hubieran justificado una mayor reflexión antes de comenzar el proceso:

a) No es adecuado extrapolar directamente un tratamiento que se ha estudiado y aplicado en una persona de sexo femenino a una de sexo masculino, más aún cuando la persona está tomando medicamentos hormonales.

b) No se puede soslayar el hecho de que la persona está en proceso de reasignación de género y, por ello, tomando distintos medicamentos que pueden tener una repercusión en la leche materna.

c) Se ha obviado cualquier valoración de la necesidad del proceso, algo imprescindible en cualquier nueva investigación que conlleva riesgos. En este caso se trata de una mujer trans cuya pareja es la que está embarazada y que no está dispuesta a amamantar a su bebé. La ponderación de beneficios y riesgos es un requisito previo a cualquier intervención, más aún si se pueden generar daños directos a las personas implicadas.

Con lo mantenido en el párrafo anterior se puede concluir que el primer artículo que expone el proceso de lactancia en una mujer trans, y como se ha afirmado ha servido como referente y modelo de las siguientes investigaciones, trasluce una mentalidad basada en la medicina del deseo y la percepción, ya que, tanto para la demandante como para el equipo clínico, prima aquello que satisface deseos personales o científicos sin tener en cuenta el bien común. Incluso, introducen a las personas a una medicalización de la que se desconocen las consecuencias. En este sentido, tras la publicación del artículo de Reisman, la doctora Jayasena, titular del imperial College de Londres y especialista en endocrinología reproductiva, calificó la investigación de un "avance emocionante"[7], dando a entender la importancia del progreso. No obstante, hay que destacar que, tanto en sus manifestaciones como en las de los autores del artículo, no da la impresión que el aludido progreso esté supeditado al bien.

Por otra parte, en el artículo de Wamboldt y col., el segundo publicado sobre lactancia por una mujer trans, se aporta un nuevo dato para justificar la investigación desarrollada, que "la lactancia materna es parte de la experiencia del género femenino y la inducción de la lactancia debe ser una meta que valga la pena en aquellos que la elijan"[4]. Según los autores esta meta no es abordada suficientemente por la presión ejercida por la imposición de la mentalidad binaria que identifica la lactancia con el sexo femenino. En ese caso nos volvemos a encontrar con una mentalidad utilitarista desligada del bien y donde el deseo es motivo suficiente para llevar a cabo actividades que pueden dañar a terceros sin haber sido precedidas de un acto de prudencia (un deseo que puede llevar una persona de sexo masculino a medicalizarse para poder amamantar y a una de sexo femenino a impedir el proceso para evitar una posible disforia cuando no ha tenido problema para quedarse embarazada). En este sentido, consideramos que la reflexión ética no debe comenzar dando contestación a los derechos adquiridos por la aludida "experiencia de género femenino" y que tienen su anclaje en el principio de autonomía, sino en el hecho de que se ponga en riesgo la salud del bebé (principio de beneficencia, no maleficencia y autonomía). No hay que olvidar que en el mismo artículo de Wamboldt se recomienda mayor precaución a la hora de instaurar un tratamiento con domperidona, se muestra preocupación por los altos niveles de espironolactona, y se reconoce la escasa producción de leche, y la conveniencia de "evaluar la composición relativa de la leche extraída a mujeres trans y medir los niveles relativos de hormonas en la leche materna, ya que esto puede afectar al crecimiento y desarrollo del infante"[4]. Es decir, se llama la atención sobre distintos efectos que se desconocen y que pueden afectar tanto a la persona donante de leche como a la receptora, pero, al mismo tiempo, se obvia el asunto y se continúa con el proceso de activación de la lactancia.

En la reflexión bioética de cualquier caso clínico se debe partir de evidencias, de datos contrastados, de unas premisas ciertas que permitan construir un razonamiento sólido. En muchos de los artículos revisados sobre lactancia en mujeres trans se encuentra una laguna en ese sentido ya que se dan por verdaderas ciertas premisas que no lo son, o se soslayan aspectos que deberían ser contrastados antes de seguir con el proceso. Por ejemplo, puede generar suspicacia la entidad de un trabajo que parte de una premisa como la siguiente: "la lactancia y el embarazo son procesos viables que no dependen del sexo"[1].

Otro de los factores a considerar en la reflexión bioética es el de la situación de coacción a la que se ven sometidos aquellos investigadores o agentes sanitarios que adoptan una postura prudente ante la lactancia de personas trans, bien por desconocimiento o por falta de información. Por ejemplo, en una publicación se destaca "la estigmatización, la violencia, la opresión y la discriminación contra esta población (…), como la desinformación sobre los efectos a corto o largo plazo de la testosterona en los órganos reproductivos, la facilidad de concepción,

el embarazo, la salud mental y el proceso de lactancia"[1]. En otro artículo, se destaca la necesidad de un cambio de paradigma de atención sanitaria ya que los hombres trans pueden sentir "aislamiento y soledad en entornos altamente diferenciados por género"[25]. Incluso, se llega a determinar que profesionales pueden ser más sensibles a estas situaciones indeseables, este es el caso de las enfermeras perinatales que "ingresan a su especialización con el supuesto de que los pacientes adolescentes y adultos admitidos a su cuidado serán mujeres"[26]. Pues bien, para dar una contestación adecuada a nuevos retos científicos y asistenciales hay que partir de unos planteamientos ajustados a los necesarios protocolos establecidos en la investigación y basados en el establecimiento de unas hipótesis, una metodología, una discusión, etc., donde tienen cabida las cuestiones científicas, técnicas, legales y éticas. De esa forma se establecen unos sólidos cimientos sobre los que trabajar de forma seguro y atendiendo al bien de todos los implicados. De esta forma, se estará en condiciones de poder ofrecer una información rigurosa a los agentes sanitarios para que éstos la puedan transmitir a los afectados.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Acosta JM, San Juan-Valdivia RM, Fernández-Martínez AD, Lorenzo-Rocha ND, Castro-Peraza ME. Trans pregnancy and lactation: a literatura review from a nursing prespective. International Journal of Environmental Reasearch and Public Health 2020,17; 44: doi: 10.3390/ijerph17010044.
2. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martín L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, 2002. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/benefitsLM.pdf
3. Schnell A. Successful co-lactation by a Queer couple: a case study. Journal of Human Lactation, 2022; 38 (4): 644-650.
4. Wamboldt R, Shuster S, Sidhu BS. Lactation induction in a transgender woman wanting to breastfeed: case report. The Journal of Clinical & Metabolism, 2021; 106 (5): e2047-e2052.
5. Macias H, Hinck L. Mammary gland development. WIRES Development Biology, 2012; 1: 533-537.
6. Ferri RL, Rosen-carole CB, Jackson J, Carrero-Rijo E, Greenberg KB. ABM Clinical protocol #33: lactation care for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, questioning, plus patients. Breastfeeding Medicine, 2020; 15 (5): 284-293.
7. Therrien A. La mujer transexual que logró amamantar a su bebé. BBC, 16 de febrero de 2018. https://www.bbc.com/mundo/noticias-43092018.
8. Reisman T, Goldstein Z. Case report: induced lactation in a transgender woman. Transgender Health, 2018; 3 (1): 24-26.
9. Trautner E, McCool-Myers M, Braden A. Knowledge and practice of induction of lactation in trans women among professionals working in trans health. International Breastfeeding Journal, 2020;15:63. https://doi.org/10.1186/s13006-020-00308-6.
10. Garrote MR, Giménez-Bonafé P. ¿Es posible dar el pecho sin embarazo previo? Protocolo para la lactancia materna. Musas, 2002; 7 (1): 151-176.
11. González Vázquez C. La utilización off-label de los bloqueadores de la pubertad. En: López Guzmán (Coord.) La administración de bloqueadores de la pubertad a personas trans. Valencia: Tirant lo Blanch, 2022; 125-133.
12. MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, Walks M, Biener ML, Kibbe A, Myler E. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2016; 16: 106. Doi: 10.1186/s12884-016-0907-y.
13. Hoffkling A, Obedin-Maliver J, Sevelius J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender mena round pregnancy and recommendations for providers. BMC Pregnancy and Childbirth, 2017, 17 (Suppl 2):332. Doi: 10.1186/s12884-017-1491-5.
14. Das RK, Perdikis G, Al Kassis S, Drolet BC. Gender-affirming chest reconstruction among transgender and gender-diverse adolescents in the US from 2016 to 2019. JAMA Pediatrics, 2022, October 17. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.3595.
15. Obedin-Maliver J, Makadon HJ. Transgender men and pregnancy. Obstetric Medicine, 2016; 9 (1). https://doi.org/10.1177/1753495X15612658.
16. Paynter MJ. Medication and facilitation of transgender women's lactation. Journal of Human Lactation, 2019; 35 (2): 239-243.
17. Ressell G. AAP updates statement for transfer of drugs and other chemicals into breast milk. American Familiy Physician, 2002; 65(5): 979-980.
18. Government of Canada. Domperidone. Health Product Info Watch, 2022, January. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/medeffect-canada/health-product-infowatch/january-2022.html (Accedido 4.11.2022).
19. Foong SC, Tan ML, Foong WC, Marasco LA, Ho JJ, Ong JH. Milk boosters (galactagogues) for mothers breastfeeding their healthy infants born at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 5. Art. No.: CD011505.
20. FDA Talk Paper: FDA Warns Against Women Using Unapproved Drug, Domperidone, to Increase Milk Production. 2004, June 7. https://www.fda.gov/drugs/information-drug-class/fda-talk-paper-fda-warns-against-women-using-unapproved-drug-domperidone-increase-milk-production.
21. National Center for Biotechnology Information. Domperidone. Drugs and lactation Database (LactMed) (internet). Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2006. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501371/ (Accedido el 2.11.2022).
22. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Domperidona: supresión de la indicación en pediatría y recordatorio de las contraindicaciones en adultos y adolescentes. 24 de febrero de 2020. https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2020/docs/NI_MUH_FV-3-2020-Domperidona.pdf
23. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S selected practice recommendations for contraceptive use. MMWR Recomm Rep 2016;65(No. RR-4):1–66. Doi: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6504a1
24. Oberhelman-Eaton S, Chang A, González C, Braith A, Singh RJ, Lteif A. Initiation of gender-affirming testosterone therapy in a lactating transgender man. Journal Human Lactation, 2022; 38 (2): 339-343.
25. MacLean LRD. Preconception, pregnancy, birthing and lactation needs of transgender men. Nursing for Women's Health, 2021; 25 (2): 129-138.
26. Wolfe-Roubatis E, Spatz D. Transgender men and lactation: what nurses need to know. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 2015; 40 (1): 32-38.

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconomiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.