

INHIBICION DE LA LACTANCIA

Dres: JOSE BARSALLO B.
MOISES HUAMAN G.

HOSPITAL EDUARDO REBAGLIATI. LIMA. PERU.

INTRODUCCION

Están claramente demostradas las ventajas de la Leche Materna sobre otros productos lácteos. Es más nutritiva por la calidad y concentración de sus constituyentes sobre todo aminoácidos y proteínas, que la hacen ideal para la digestión y absorción. Su utilización es más económica. Previene procesos alérgicos alimentarios de la primera infancia. Tiene gran importancia desde el punto de vista antifeccioso, explicado por la alta concentración de IgA, IgG, Láctoferrina y Lisozimas; cuyos niveles tienen efecto protector incluso hasta los 12 meses de lactancia (5).

El efecto anticoncepcional de la lactancia ha sido clásicamente conocidos sobre todo en mujeres de limitados recursos para optar por otros métodos mas efectivos.

Es trascendente el vínculo afectivo que se inicia entre la madre y su hijo al iniciar la lactancia en las primeras 24 hs. del parto y que va fortaleciendo en relación directa a la frecuencia y duración de la misma (8).

En los países en desarrollo como el nuestro, en que es común la desnutrición o subnutrición, la alta mortalidad infantil por procesos infecciosos, el crecimiento demográfico acelerado, la lactancia materna tiene gran importancia y debe ser ampliamente difundida. -

Se ha comprobado que poco tiene que ver el estado nutricional de la madre en la concentración de los constituyentes normales de la leche que produce (3).

En la práctica diaria se van a presentar casos en que por diversos motivos está indicado el procedimiento antifisiológico de Inhibición o Supresión de la Lactancia (muerte fetal o neonatal temprana, RN imposibilitado para la Lactancia, enfermedad grave de la madre, medicación materna que a través de la leche puede afectar al recién nacido, causas laborales, sociales etc.

En el presente trabajo pretendemos valorar 2 métodos de uso corriente y el uso de un derivado del cornezuelo de centeno que deprime los niveles de prolactina (PRL), altas en el curso de embarazo y puerperio.

MATERIAL Y METODOS

1. El estudio se realizó en los Servicios de Obstetricia del Hospital Central No. 2, hoy Eduardo Rebagliati, con capacidad de 308 camas obstétricas con un promedio de 18,000 partos al año.
 2. Se diseñó una plantilla de investigación con el nombre de "Inhibición Láctea en el Puerperio" acompañada de un Código de Randomización, que fue aprobado por el Centro de Investigación del Laboratorio Sandoz en Suiza.
- La ficha individual precodificada recogió la siguiente información:

- No. de Seguro, Iniciales del nombre y Código de Randomización.
- Edad.
- Tiempo de Amenorrea.
- Evolución del embarazo.
- Diagnóstico de la causa de Inhibición Láctea.
- Fecha y hora del parto.
- Período en horas entre el parto y el inicio del tratamiento.
- Determinación del Score establecido para la secreción láctea, congestión mamarea, dolor e involución uterina, siendo controladas al 3o., 7o., 14o., y 21o. día de puerperio.

3. La muestra correspondió a 3 grupos de púerperas con distribución aleatoria, en las que habían indicación de Inhibición Láctea dentro de las 72 hs. del puerperio.
 - a) 30 pacientes recibieron CB 154 (2 Bromo Ergocriptina) 5 mg. diarios en 2 tomas.
 - b) A 30 pacientes se aplicó una ampolla intramuscular cada 12 hs. (2 dosis) de un producto combinado de Enantato de Testorena (300 mg.) Dienantato de Estradiol (15 mg.), y Benzoato de Estradiol (6 mg.).
 - c) En 10 pacientes se usó fajados de mamas y restricción moderada de líquidos.

Preparado: 2 alfa Bromocriptina	Fecha:	Paciente No. (Código Iniciales		
Hist. Clín. No.		Fecha de nacimiento año		
INVESTIGADOR:	PAIS:			
HOSPITAL:	CIUDAD:			
Tiempo de Amenorrea (última regla)				
Evolución del Embarazo				
Fecha del Parto..... Hora				
Horas transcurridas entre el parto y el comienzo del tratamiento				
	Sec. Lactea	Congestión	Dolor	Involución
3 ^o día				
7 ^o día				
14 ^o día				
21 ^o día				

SCORE	Sec. Leche	Cong. Mamaria	Dolor	Inv. Uterina
0	Ausente	Ausente	Ausente	Normal
	Moderada (algunas gotas a la presión del pezón)	Discreta (senos ligeramente indurados, rubo moderado sin dolor)	Ligero	Normal
2	Mediana (sec. más importante a la presión del pezón, no espontán.)	Mediana intensidad (senos duros, rubor, dolores discretos; sin necesitar anal.)	Mediano	Retardada (especificar tiempo que demora la involución)
3	Abundante (secreción espontánea e importante)	Importante (senos muy duros, rubor, dolor, discretos, sin neces. analg.)	Fuerte	

COMENTARIO

En el Embarazo los niveles de PRL están elevados, llegando a su pico máximo antes del parto (alrededor de 350 ng/ml.) Durante la gestación la mama se está preparando para la lactancia por la acción sinérgica de varias hormonas como los Estrógenos y Progesterona placentarias, cortisol, HG, Tiroxina, Insulina, PRL. Al parecer los estrógenos inhiben la acción de PRL a nivel de receptores en la mama; luego del parto bajan los estrógenos y se inicia la acción de PRL. Posteriormente va ha ser mantenida la lactogenésis por la PRL misma que aumenta en pulsos bajo el estímulo de la succión, HG y Conticoes-troides.

La eyección láctea se realiza por el factor mecánico de succión y la liberación de ocitocina de la neurohipó-fisis que ésta produce por un reflejo neuroendocrino.

Actualmente hay muchos datos de que las aminas bió-genas (dopamina, serotomina, NA) influye en la regula-ción hormonal de la lactancia actuando sobre el hipotá-lamo y/o hipófisis. En mamíferos se ha demostrado que la PRL interviene directamente en el recambio de Dopami-na (2, 4, 6, 8).

Hasta la fecha no se ha aislado el factor estimulante de la liberación de PRL y solo se conoce a la Dopamina como factor Inhibidor (PIF).

La BromoErgocriptina estimula los receptores dopa-minérgicos en el hipotálamo aumentando el PIF y ade-más tiene efecto depresor directo sobre esas células pro-láctinas disminuyendo la secreción de PRL preformada; Por ello desde hace varios años se ha ensayado su uso pa-rra inhibir o suprimir la lactancia (1, 7, 8). A las pocas horas de iniciar el uso de Bromoergocriptina se observa

RESULTADOS

SECCION LACTEA

DIA	Control			
	Método	0	1	2

3	A	13	15	2	—
	B	2	6	12	10
	C	1	—	8	1

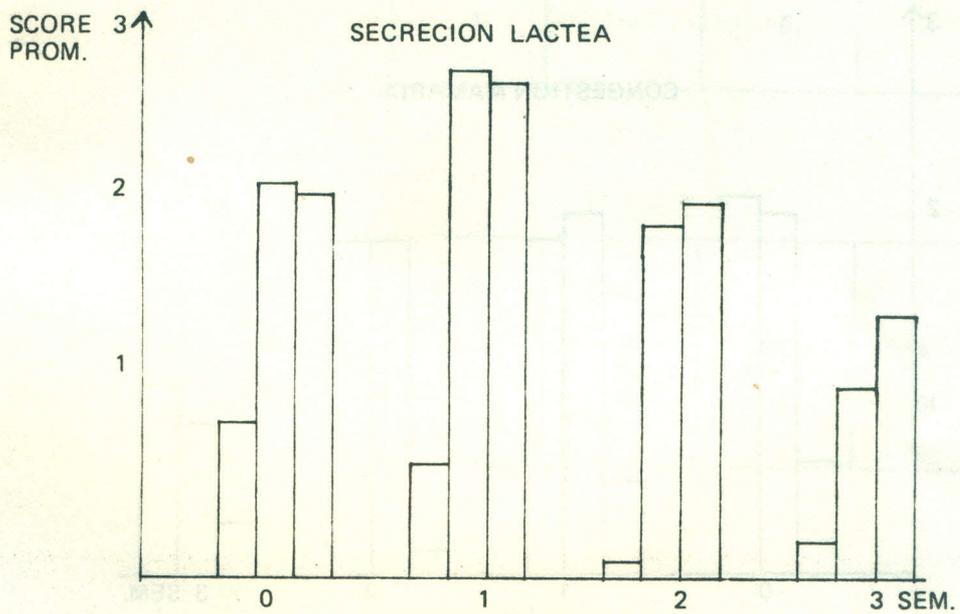
7	A	18	12	—	—
	B	—	3	6	21
	C	—	1	3	6

14	A	28	2	—	—
	B	—	6	16	8 (*)
	C	—	1	7	2

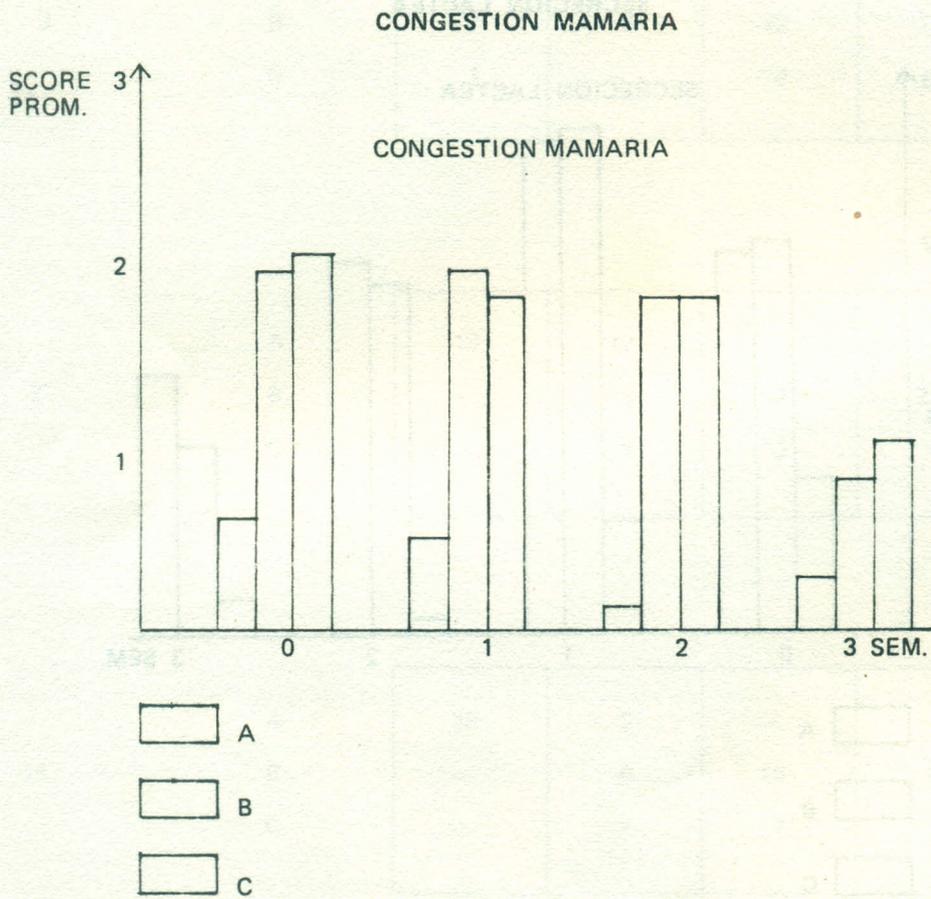
21	A	26	—	4	—
	B	5	12	11	2
	C	—	—	10	— (*)

(*) Caso de mastitis

SECRECION LACTEA



- A
- B
- C



CONGESTION MAMARIA

DIA	Control				
	Método	0	1	2	3

3

A	19	9	2	—
B	1	4	20	5
C	1	—	6	3

7

A	16	14	—	—
B	—	2	24	4
C	—	1	5	5

14

A	26	4	—	—
B	—	8	20	2 (*)
C	—	—	8	1

21

A	26	2	—	2
B	7	19	4	—
C	—	8	2	— (*)

(*) Caso mastitis

caída de PRL y la concentración de la leche que se sigue produciendo es semejante al calostro (mayor concentración de seroalbúmina, lactoalbúmina, proteínas totales, IgA, IgO; disminución de lactosa), lo que demuestra que la lactogenesis está suprimida.

En el Cuadro de secreción láctea se objetiva la disminución del Score promedio en el grupo de Bromoergocriptina desde la 1o. semana de control con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) en relación a los otros 2 grupos.

En relación a los resultados de congestión mamaria y dolor el Score promedio sigue la misma declinación y la diferencia es estadísticamente significativa en el grupo con Bromoergocriptina también desde la 1o. semana de control.

La involución uterina no sufrió ninguna variación anormal en los 3 grupos.

No hubieron complicaciones mayores en los pacientes que usaron Bromoergocriptina excepto 2 casos de cefaleas leve y 1 caso de náusea.

En el grupo B (hormonal) y C (fajado) se presentó 1 caso de mastítis aguda.

CONCLUSIONES

1. La 2 Bromo Ergocriptina (CB 154) resultó ser el mejor método de Inhibición Láctea en la puerpera; Siendo la diferencia estadísticamente Significativa desde la primera semana de tratamiento, en comparación con los otros 2 grupos (B y C).

2. Los efectos colaterales fueron mínimos al usar 5 mg. diarios de Bromoergocriptina por 2 semanas.
3. No hubo efecto de rebote en el Grupo A.

BIBLIOGRAFIA

1. Baldi Lucc. Resultados del Uso de Bromoergocriptina en Inhibición y Supresión de Lactancia Rev. De Obstetricia y Ginecología Latinoamericana. Mayo-Junio 1978.
2. Hoyunen Blair CAN. Med. ASSOC. J. 117o. 919-921 Oct. 22 1977.
3. Jeliffe. "El Pecho Mejor" N. Engl. J. Med. 297o. 912-915 Oct. 1977.
4. Kulski Hartmann Obstetricia Ginecología S 2 38-42 Julio 1978.
5. Reddy BRASKVAM. Factores antimicrobianos de la leche de mujer. Acta. Ped. Escand. 66: 229-232. Marzo 1977.
6. Shaw Robert, Pruebas del eje hipotálamo, hipófisis y ovario. Ginecol y Obst. Dic. 1976.
7. Uranga Imaz. Inhibición de la lactancia con Bromoergocriptina Rev. de Obst. y Ginec. Latinoameric. Mayo-Junio 1978.
8. Vooget, James Centro de la Liberación hormonal durante la lactancia. Ginec. Obstet. Vol. 2 1978.