
DESTETE BRUSCO

Carme Gabarrell Guiu, AELAMA.

15 enero 2022

Resumen

Este documento es un punto de apoyo para las familias que afrontan la supresión abrupta de la lactancia materna (LM) y también para los profesionales que están en disposición de ofrecerles su ayuda. Empezando por la justificación y definición del tema, se habla a continuación de como suprimir la lactancia mencionando brevemente la extracción de leche por su relación y utilidad en distintas situaciones de destete brusco, los efectos secundarios a los que se exponen madre y

lactante y estrategias de apoyo para facilitar el proceso. Junto a las conclusiones, se añade un último apartado con los interrogantes que nos han surgido durante la redacción y revisión del tema y que consideramos clave para futuras investigaciones.

Justificación

El destete brusco es en muchas ocasiones inevitable, como en casos de muerte perinatal, enfermedad grave de la madre, medicación insustituible e incompatible con la lactancia, separación inesperada... En otras ocasiones el destete brusco se indica de forma inadecuada por parte del personal sanitario, sin haber explorado cuál es el deseo de la mujer o si existen otras alternativas que no impliquen una interrupción abrupta de la lactancia materna, tales como el uso de fármacos compatibles o sustituibles o intervenciones o tratamientos postergables. Antes de ofrecer el destete brusco como opción, debemos preguntarnos: ¿se han buscado alternativas? ¿Es una inhibición clínicamente justificable?

Definición

EL destete es la supresión de la lactancia materna (1). El destete fisiológico (2) es un proceso paulatino, dirigido por la madre, voluntario, que se va instaurando en un periodo de tiempo más o menos largo según sea su objetivo, como, por ejemplo: la introducción de la alimentación complementaria, reincorporación laboral...

Hablamos de **destete brusco** (7) cuando es el cese súbito de la lactancia materna, que generalmente se debe a una situación inesperada -como enfermedad materna grave o separación prolongada no planificada de la madre y el lactante- y para la que habitualmente la familia no está preparada.

Un destete brusco puede implicar tanto una supresión temporal y reversible de la LM (por ejemplo, una enfermedad aguda de la madre o el lactante) como una supresión definitiva e irreversible. En cualquiera de las dos situaciones, es conveniente saber que destete brusco no es sinónimo de inhibición brusca de la producción de leche.

Supresión de la lactancia materna

Dependiendo de la etapa de la lactancia y circunstancias en la que suceda el destete forzado, podemos inhibir la producción de leche de forma farmacológica (no gradual) o no farmacológica (gradual). Siempre que sea posible es aconsejable la inhibición gradual, siguiendo el modelo fisiológico. La supresión gradual va asociada a una

reprogramación ordenada del tejido de la glándula mamaria (3)

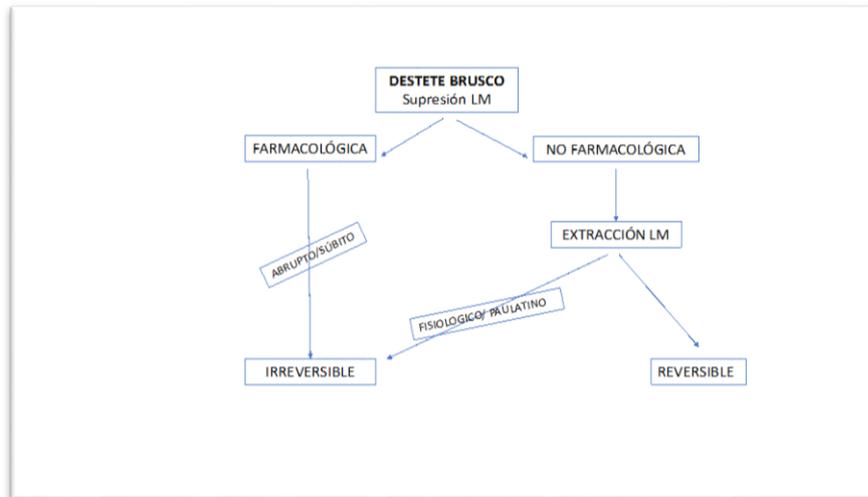


Figura 1.

Supresión farmacológica LM

Para la **supresión farmacológica** se usa la cabergolina (nombre comercial, *Dostinex*), un derivado de la ergotamina, agonista dopaminérgico, que inhibe la prolactina. La pauta que se utiliza en la supresión posparto de la lactancia materna es de dos comprimidos de 0'5 miligramos en dosis única. En el caso de lactancia instaurada la dosis es de 0'25 mgr cada 12h durante 48 horas, aunque su efectividad se considera menor.

La supresión farmacológica tiene su mayor indicación en los primeros días tras el parto, cuando la lactancia tiene un importante control endocrino a través de la prolactina (PRL). Pasado ese periodo, cuando la producción de leche depende fundamentalmente del vaciamiento de los pechos (a menor vaciamiento, mayor producción del factor inhibidor de la lactancia, FIL) lo más indicado es la supresión no farmacológica.

Supresión no farmacológica LM

Extracción de leche:

La extracción de leche, tanto manual como con sacaleches, es la intervención no farmacológica de la que disponemos para la supresión gradual de la lactancia:

- En el destete brusco inicialmente reversible, sirve para mantener la producción de leche (con extracciones frecuentes) hasta que la situación causante se solucione. La leche extraída puede, según el caso, ser desechada u ofrecida al lactante si no hay

contraindicación.

- En el destete brusco irreversible, permite la supresión gradual a lo largo de varios días imitando al destete fisiológico. Se aconseja vaciar los pechos, de forma manual o mecánica, cuando la madre sienta discomfort, sólo lo suficiente para notar aliviada la presión y prevenir complicaciones como la ingurgitación o mastitis. Son preferibles las extracciones puntuales a las extracciones frecuentes, ya que éstas estimularían y mantendrían la producción de leche. En el caso de que la madre lo desee, permite la donación de leche, que puede tener efectos beneficiosos en el proceso de duelo en los casos de muerte perinatal (8).

Otras técnicas:

Para la supresión no farmacológica gradual de la producción de leche no hemos hallado evidencia de que el "breast-binding" (vendaje de los pechos o utilizar un sujetador de talla menor), las cremas de estrógenos, la restricción hídrica, una dieta baja en sal o la toma de antiinflamatorios sean eficaces. En algunos casos, pueden aumentar la incomodidad de la mujer y ser contraproducentes pudiendo provocar obstrucción de los conductos galactóforos (4).

Efectos secundarios

En el lactante:

El destete brusco genera una repercusión emocional variable en el lactante. Se puede producir rechazo de la nueva alimentación (no hay que forzarlo), llanto difícil de consolar e irritabilidad. También puede producir mayor susceptibilidad a infecciones por la pérdida de elementos inmunológicos presentes en la leche materna.

En la madre:

Cuando la supresión es farmacológica pueden aparecer efectos secundarios de la medicación utilizada para ello (cabergolina), en su mayoría leves y variables en frecuencia, tales como mareo, vértigos, cefalea, cansancio, dolor abdominal, hipotensión postural y somnolencia.

Es habitual que aparezca dolor e ingurgitación. Estas complicaciones son tanto más frecuentes cuanto más abrupta es la supresión de la LM.

La involución forzada o súbita de las glándulas mamarias durante la lactancia implica una expansión de células progenitoras luminales, mayor inflamación, proliferación e hiperplasia cutánea, mecanismos de remodelación de tejido similares a los que ocurren en la cicatrización de heridas e implicados en el desarrollo de células tumorales. En modelos animales parece existir cierto aumento de riesgo de cáncer de mama en comparación con el destete progresivo y gradual, en el que la reprogramación del tejido mamario se produce de forma más fisiológica, pero en humanos no hay todavía investigación concluyente al respecto (5)

Se recupera precozmente la fertilidad, con el riesgo de embarazo no deseado.

La madre puede mostrar ambivalencia de sentimientos (hay que tener en cuenta que la glándula mamaria sigue siendo parcialmente funcional durante más de un mes, a pesar del cese completo de la lactancia), frustración, tristeza y las causas que obligan al destete brusco pueden ser además estresores(6).

Estrategia

En el lactante:

Por la implicación emocional del destete se debe ofrecer al bebé cariño, contacto y consuelo por otros medios distintos a la lactancia materna.

La edad del lactante es determinante tanto por el tipo de alimentación que podremos ofrecer como sustitutivo de la LM (menor o mayor de 6 meses) como por la estrategia-técnica de apoyo que podemos utilizar para minimizar el impacto del cambio.

Alimentación sustitutiva

Por debajo de los seis meses debe continuar con lactancia, leche extraída o artificial según el motivo del destete brusco. Si la madre está en condiciones, puede ser ella misma quien ofrezca la alimentación con biberón al lactante, según su deseo. Debe permitirse que madre y lactante puedan estar juntos el máximo tiempo posible. En algunos casos puede ser conveniente que los primeros días sea otra persona quien alimente al bebé (padre, familiar cercano...). El objetivo es que sólo sea un cambio de alimentación, no de vínculo ni de tipo crianza que dificulte el apego.

Si el lactante tiene más de seis meses y ha iniciado su alimentación complementaria (AC), el destete puede ser menos dificultoso al poder ofrecerle una alimentación no exclusivamente láctea. Previsiblemente, a mayor edad del lactante, será menor el impacto

del cambio.

Técnica de apoyo

Aunque no quede más opción final que negar la lactancia materna directa al pecho, la anticipación (tomar la iniciativa ofreciéndole alimentación por otros medios antes de que reclame el pecho con llanto e insistencia) y la distracción en lactantes mayores que aceptan que puede haber un tiempo de espera, con cuentos, canciones, juegos, dibujos... pueden ayudar a sobrellevar el cambio.

Técnica de apoyo según edad



Figura 2

En la madre:

Si se opta por la supresión farmacológica, se debe evitar administrar la cabergolina junto con otros medicamentos hipotensores. Las molestias en la mama se minimizan realizando pequeñas extracciones controladas para evitar llegar a la ingurgitación dolorosa y mastitis.

Es importante plantear un método anticonceptivo adecuado si no se desea un nuevo embarazo

La madre también puede sufrir un impacto emocional variable y sentirse culpable cuando se ve forzada a tomar la decisión, en ocasiones haciendo frente a un duelo. Brindarle el conocimiento de qué cabe esperar harán que la interrupción de la producción de leche sea un proceso menos traumático

Conclusiones

El destete brusco tiene un impacto emocional importante en el bienestar de la familia y el lactante, que suele sumarse a la causa que lo provoca. Es necesario sopesar todas las opciones posibles, en base a conocimientos médicos actualizados, antes de adoptar medidas irreversibles que se opongan a la voluntad de la madre. Cuando el destete es inevitable y justificado, un buen acompañamiento y conocer estrategias de ayuda pueden mitigar las repercusiones negativas.

Preguntas para futuras investigaciones

1. ¿Hasta qué etapa de la lactancia y en qué dosis es eficaz la cabergolina para su supresión?
2. ¿Cuál es la incidencia de destete brusco inapropiado?
3. Relación entre destete brusco y cáncer de mama. ¿Debería permitirse a la glándula mamaria involucionar a lo largo de días como factor de protección?

Bibliografía

1. Greiner, T. (1996). The Concept of Weaning: Definitions and Their Implications. *J Human Lactation*, 12,123-128.
2. Highton, B. (2001). Weaning as a Natural Process. *Leaven*, 36 (6), 112–114.
3. Silanikove, N. (2014). Natural and abrupt involution of the mammary gland affects differently the metabolic and health consequences of weaning. *Life Sciences*, 102(1), 10–15.
<https://doi.org/10.1016/j.lfs.2014.02.034>
4. Grueger B; Canadian Paediatric Society. Weaning from the breast. CPS Position Statemen. Posted: Apr 2, 2013, Reaffirmed: Feb 28, 2018. Last updated: Feb 2, 2021. <https://cps.ca/documents/position/weaning-from-the-breast#appendix>
5. Basree, M. et al (2019). Abrupt involution induces inflammation, estrogenic signaling, and hyperplasia linking lack of breastfeeding with increased risk of breast cancer. *Breast Cancer Research: BCR*, 21(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s13058-019-1163-7>
6. Chezem, J., Montgomery, P., & Fortman, T. (1997). Maternal feelings after cessation of breastfeeding: influence of factors related to employment and duration. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 11(2), 61–70. <https://doi.org/10.1097/00005237-199709000-00008>
7. Gruegger, B. (2013). Weaning from the breast. *Paediatrics & Child Health*, 18(4),210.
<https://doi.org/10.1093/pch/18.4.210>
8. Warr, D. L. (2019). After the loss of an infant:supression of breast milk supply. *Neonatal Netw*, 38(4), 226–228 <https://doi.org/10.1891/0730-0832.38.4.226>

Más información

- “Amar con los brazos abiertos” Carmela Baeza. Ed Marova, Madrid 2013.
- “La Lactancia. Del nacimiento al destete” Dra. Marie Thirion. Ed de Vecchi, Barcelona 2006
- “Un regalo para toda la vida”. Dr Carlos Gonzalez. 3ª ed. Ed Temas de hoy, Madrid 2006
- “Lactancia materna. Recursos para asesoras y grupos de apoyo” Alba Lactancia Materna. FEDALMA, 2008
- “La Lactancia materna” Josefa Aguayo Maldonado Universidad de Sevilla. Sevilla 2001
- “Lactancia materna. Una guía para la profesión médica”. Lawrence, Ruth A. 6ª ed. Elsevier, 2007
- “Lactancia materna. Libro de respuestas”. LLI. Ed revisada 2002
- <https://www.laleche.org.uk/breastfeeding-ends-suddenly/>
- www.e-lactancia.org
- https://www.aebhl.org/images/noticias/2019/pdf/20190429_triptico_manejo_lactancia.pdf