

Hipogalactia: causas y orientación de manejo

¹Vayas Abascal R, ²Carrera Romero L

¹Gerencia Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud

²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander Cantabria

En la actualidad, debido a las altas precoces tras el parto, la mayoría de lactancias no están instauradas cuando se produce el alta hospitalaria y la gran parte de los problemas que surjan deberán ser solucionados por los equipos de atención primaria. Por este motivo es fundamental que los profesionales que trabajamos en ese ámbito estemos lo suficientemente cualificados no sólo para realizar una promoción de la lactancia materna, sino para detectar de forma precoz los problemas de lactancia y ofrecer soluciones eficaces, actualizadas y sobre una base científica.

Las recomendaciones internacionales indican que la lactancia materna (LM) debe ser exclusiva hasta los 6 meses y mantenerse junto con la alimentación complementaria dos años o más. En España, sin embargo, la duración media de la LM sigue siendo corta: hay demasiados abandonos en las primeras semanas y son muy pocas las madres que lleguen a los 6 meses con LM exclusiva. Según la última Encuesta Nacional de Salud (año 2006), la prevalencia de la LM en España a las 6 semanas del parto es de 68,4% (lactancia mixta 2,27%), a los 3 meses de 52,48% (mixta, 10,83%) y a los 6 meses cae hasta 24,72% (mixta 14,03%)¹.

Al investigar qué origina esta caída tan brusca de la prevalencia de la LM, diversos estudios identifican como causa más habitual referida por la madre la hipogalactia, que en general es una apreciación subjetiva de insuficiente cantidad de leche o de que el bebé pasa hambre y no está diagnosticada por un profesional. Las causas personales, entre las que se incluye el trabajo, son más frecuentes con el paso del tiempo²⁻⁷.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que sólo un 10% de las mujeres padecen una hipogalactia verdadera⁸. Por tanto, deberíamos considerar que en el abandono de la LM intervienen factores ajenos a la capacidad materna de amamantar. Muchas madres y profesionales de la salud todavía creen que la producción insuficiente de leche es un problema habitual, que sólo una minoría de

madres puede dar el pecho; pero lo cierto es que en muy pocos casos se trata de una hipogalactia real. Existen muchos factores que pueden influir en la producción de leche, pero en general, si no hay problemas de succión en el bebé y se le da de mamar a demanda, la lactancia se instaura naturalmente de manera efectiva.

Las razones principales que suelen llevar a las madres a pensar que padecen hipogalactia son la inseguridad sobre la propia capacidad para producir leche, el miedo a que el bebé se quede con hambre, el llanto del bebé, la creencia popular de que la cantidad de comida ingerida es directamente proporcional a los periodos de sueño y la inadecuación del peso del bebé a las tablas en uso. Esta percepción del problema puede verse agravada si además existe una técnica de lactancia inadecuada. En la medida en que seamos capaces de informar a esas madres sobre el manejo básico de la lactancia y dar respuesta a sus dudas y miedos, será posible una lactancia exitosa sin problemas de producción de leche⁹.

Nuestra línea de actuación ante una madre que refiere hipogalactia será mostrar por supuesto respeto e interés por su preocupación, pero no aceptar el diagnóstico sin más. Es el profesional quien debe realizar el diagnóstico basándose en signos fiables, y si se confirma buscar la causa y proponer soluciones.

CRITERIOS DE HIPOGALACTIA REAL

- Escasa ganancia de peso: el bebé está por debajo de su peso de nacimiento a las dos semanas o gana menos de 500 gramos al mes durante los primeros seis meses. Se deben tener en cuenta las tablas de la OMS para niños amamantados.
- Micciones de escasa cantidad de orina concentrada: niños que orinan menos de seis veces al día y la orina es amarilla y de olor fuerte¹⁰.
- La madre no consigue sacarse leche después

de intentarlo durante varios días, con buena técnica y varias veces al día¹¹.

CAUSAS DE HIPOGALACTIA

En general las causas de origen materno para una baja producción de leche pueden dividirse en 5 tipos: anatómicas o estructurales, hormonales, funcionales, psicológicas y relacionadas con un mal manejo de la lactancia (tabla 1).

Tabla 1. Causas maternas de baja producción de leche^{10,13}

Estructurales o anatómicas:

- Hipoplasia
- Síndrome de Poland
- Desproporción madre-bebé
- Pezones invertidos
- Piercing en el pezón
- Cirugía de mama
- Cirugía torácica
- Ginecomastia
- Cicatrización glandular

Hormonales:

- Retención placentaria
- Hemorragia postparto
- Insuficiencia luteínica
- Quistes ováricos teca-luteínicos gestacionales
- Disfunción Tiroidea
- Síndrome de ovario poliquístico
- Obesidad
- Diabetes
- Déficit congénito prolactina

Funcionales:

- Fármacos (bromocriptina, ergotamina, cabergolina, metergina...)
- Tabaco
- Alcohol
- Anemia
- Desnutrición grave
- Hipertensión
- Edema

Psicológicos:

- Pérdida de confianza
- Preocupación, estrés
- Aversión a la lactancia
- Rechazo del niño
- Cansancio

Problemas con el manejo de la lactancia:

- Retraso en el comienzo
- Tomas infrecuentes
- No dar tomas nocturnas
- Tomas cortas
- Biberones, chupetes
- Introducción precoz de alimentos complementarios

Las causas de hipogalactia secundaria, es decir, relacionadas con el bebé, habitualmente se deben a dificultades en el nacimiento, a enfermedad

o a malformación del bebé (tabla 2).

Aunque la lista de causas puede parecer interminable, lo cierto es que las causas más frecuentes, y por tanto las que primero debemos descartar, son:

- Estrés, fatiga, ansiedad de la madre.
- Inicio tardío de la succión tras el parto.
- Poca frecuencia de las tomas u horario rígido.
- Mala técnica.

Una vez que hemos decidido que un niño no obtiene la leche que necesita, lo primero será escuchar con atención a la madre: los motivos por los que cree que su leche es insuficiente, antecedentes personales y hábitos que puedan influir en la lactancia (cirugías, hipotiroidismo, obesidad, tabaco, fármacos,...), qué opinión tiene sobre la lactancia, duración y frecuencia de las tomas, cómo es la relación con su hijo, cómo transcurrió el parto y las primeras horas, si considera que recibe apoyo suficiente de su entorno...

Después de una adecuada anamnesis debemos realizar una exploración de la toma sin interferir para valorar la posición, la succión, los problemas en la mama o de la boca del bebé...

Si tras realizar una historia completa, explorar a la madre y al bebé y visualizar una toma no hemos encontrado la causa o si la ganancia de peso del niño no mejora a pesar de haber corregido los errores en el manejo de la lactancia, deberíamos investigar la existencia de causas de hipogalactia menos frecuentes¹².

CÓMO AYUDAR A LA MADRE Y AL NIÑO

El primer paso será informar a la madre de la causa de la hipogalactia.

Si estamos ante una causa tratable, habrá que corregir el problema de base, reforzar la confianza de la madre en que puede amamantar y garantizar una adecuada ingesta del bebé mientras se resuelve el problema (puede ser necesario suplementar con leche materna extraída o fórmula artificial).

Las hipogalactias por problemas en el manejo de la lactancia y por ansiedad o fatiga de la madre,

además de ser las más frecuentes, son por supuesto tratables y en ellas debemos centrar nuestros esfuerzos desde las consultas de atención primaria:

- Favorecer el descanso de la madre.
- Dejar mamar al niño frecuentemente, como mínimo 8 veces en 24 horas.
- Dejar al niño mamar el tiempo que quiera en cada toma y ofrecer ambos pechos.
- Evitar horarios rígidos: las tomas deben ser a demanda.
- Evitar agua o alimentación complementaria en menores de 6 meses.
- Ayudar a la madre a mejorar el agarre si es necesario^{10,12}.

La mayoría de las hipogalactias pueden mejorar con las pautas previas para corregir errores en el manejo de la lactancia, pero también es importante que conozcamos que algunas de las causas de hipogalactia tienen tratamientos específicos, aunque es probable que precisemos la colaboración de un asesor en lactancia si existe en nuestra zona u otros especialistas para su abordaje:

- Si hay pezones invertidos pueden ser de ayuda las pezoneras formadoras de pezón prenatalmente y en casos extremos cirugía.
- En el hipotiroidismo debe instaurarse tratamiento hormonal sustitutivo.
- En el síndrome de ovarios poliquísticos se ha propuesto el uso de metformina para mejorar el pronóstico de la lactancia.
- En la insuficiencia luteínica el tratamiento con progesterona durante el embarazo se asocia a mayor producción láctea en el posparto.
- En la anemia hay que identificar la causa subyacente y suplementar con hierro si es ferropénica.

No debemos olvidar que si estamos ante una hipogalactia secundaria a un problema del bebé es fundamental una extracción adecuada, habitualmente con bomba para proteger la producción de leche hasta resolver el problema de base.

Se puede considerar el uso de galactogogos (sustancias que estimulan la liberación de prolactina), pero nunca sustituyendo a los tratamientos específicos cuando existan, y acompañados siempre de una adecuada técnica de lactancia y estimulación

de la mama. Los fármacos más usados son sulpiride, metoclopramida y últimamente la domperidona.

Tabla 2. Causas de hipogalactia relacionadas con el bebé (hipogalactia secundaria)¹³

Factores del nacimiento:

- Estrés durante el trabajo del parto
- Periodo expulsivo prolongado
- Uso de fórceps o ventosa
- Cesárea
- Anestesia epidural, opioides neuroaxiales
- Dolor de garganta debido a introducción de sondas

Comportamiento:

- Alteraciones de la integración sensorial
- Rechaza el pecho
- Huelga de mamar
- Inquieto al pecho
- Confusión pezón/tetina
- Preferencia de flujo

Infecciones:

- Urinaria
- Hongos
- Otras

Fatiga:

- Prematuro o pequeño para la edad gestacional
- Problemas del sistema nervioso central
- Problemas cardiacos
- Bebé letárgico

Problemas respiratorios:

- Problemas congénitos de la vía aérea
- Laringomalacia
- Traqueomalacia
- Obstrucción debida a mala posición
- Problemas de aspiración activa
- Fuerte reflejo de eyección de la leche

Problemas de succión:

- Variaciones mandibulares (micrognatia, retrognatia)
- Variaciones del paladar (ojival, paladar blando o duro hendido)
- Anquiloglosia

Ésta se suele usar a dosis de 30-120 mg/día y, a diferencia de la metoclopramida, no cruza la barrera hemato-encefálica y se puede usar con seguridad durante largos períodos¹⁶.

Existen también muchas plantas consideradas galactogogas, la mayoría con base en la tradición popular, pero sin estudios rigurosos que avalen su eficacia y seguridad¹⁴.

También es fundamental descartar las causas intratables, aunque su frecuencia es muy baja: déficit en el tejido mamario, déficit de prolactina, síndrome de Sheehan, reducción mamaria con sección de conductos.

Aun con todo, debemos tener en cuenta que hipogalactia no es igual a agalactia. Existe un caso

publicado de una mujer que sufrió la extirpación de la hipófisis por un tumor y consiguió dar el pecho durante 3 meses¹¹.

CONCLUSIÓN

Es fundamental que los profesionales no contribuyamos a perpetuar el mito de que muchas mujeres no tienen suficiente leche. Para ello deberíamos conocer las causas de las verdaderas hipogalactias, ofrecer un diagnóstico preciso y un tratamiento en los casos que sea posible, e incluso proporcionar una atención más intensificada ya desde el embarazo a mujeres con riesgo de una lactancia difícil.

En el sexto estudio nacional de prácticas de alimentación infantil en Reino Unido, publicado en 2002, se encontró que el 90% de las madres que dejaron de amamantar dentro de las seis semanas posteriores al nacimiento hubieran deseado mantener la LM más tiempo. Y entre las madres que amamantaron durante al menos seis meses el 37% desearían haber continuado¹⁵. Estas cifras nos invitan a cuestionarnos qué tipo de atención estamos dando a las madres que desean amamantar. Promover la LM no es solo decir que la LM es el mejor alimento, sino proporcionar a las madres la educación y el apoyo suficientes para que confíen en una capacidad de amamantar que se ha puesto en duda en las últimas décadas y estar preparados para solucionar los problemas que surjan. Ofrecer leche artificial cuando surge una dificultad es la opción fácil y no siempre necesaria.

Es importantes actuar desde la premisa de que amamantar no es todo o nada. Es posible tener una experiencia de lactancia satisfactoria con una producción parcial de leche, aunque sea preciso suplementar con una fórmula. Hay que definir en cada paciente, según la causa, una meta realista a conseguir, siempre desde la escucha activa y desterrando el sentimiento de culpa que surge frecuentemente¹³. Por otro lado, también es fundamental no culpabilizar ni presionar a las madres que deciden abandonar o no iniciar la lactancia por propia voluntad.

Durá Travé concibe la LM como un fenómeno sociológico multifactorial. Aparte de los factores sociodemográficos y perinatales, existe una serie de factores psicosociales, percepciones y vivencias difícilmente cuantificables que condicionan el éxito

de la LM².

En nuestras consultas de atención primaria, como consecuencia de la cercanía y de la atención continuada a las pacientes y sus familias, tenemos una posición clave para trabajar esos factores psicosociales, las inseguridades y miedos que pueden hacer fracasar una lactancia para la que no existe ningún problema orgánico subyacente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Aguilar MT, González Lombide E, Bustinduy Basarán A, Arana Cañedo-Argüelles C, Martínez-Herrera Merino B, Blanco del Val A, y cols (Grupo de trabajo CS-IHAN). Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009;11:513-29.
2. Durá Travé T. Evolución de la prevalencia de la lactancia materna en el medio rural. Análisis de catorce años. *Acta Pediátrica Española* 2000;58:191-8.
3. Barriuso Lapresa LM, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 1999;50:237-43.
4. Morán Rey J. Lactancia materna en España. Situación actual. *An Esp Pediatr* 1992;36:45-50.
5. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2002;56:144-50.
6. Gómez Sánchez M, Baeza Berruti JE, González Mateos JA, Ávila Martín-Gil O. Prevalencia y características de la lactancia materna en el medio rural. *Aten Primaria*. 1997;19:317-22.
7. Gomis Cebrián R, Arellano Morata C, Parra Hidalgo P, Calle Urra JE, Oliver Roig A, García de León González, y cols. Lactancia materna en la Región de Murcia. ¿Seguimos con el problema? *Acta Pediatr Esp* 2009;67:283-9.
8. Organización Mundial de la Salud. OMS. Modalidades de lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Ed. OMS: Ginebra 1981.
9. Holistika [sede web]. Isabel Fernández del Castillo; 2006 [acceso 22 agosto 2011], De Marcos I. Madres sin leche. El fin de un mito. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/lactancia_materna.asp
10. OMS. Leche insuficiente [Internet]. Ginebra: OMS 1996 [acceso 21 agosto 2011]. Disponible en: http://www.ihan.es/cd/documentos/Leche_insuficiente.pdf.
11. González C. La falta de leche (hipogalactia). En: González C. Comer, amar, mamar. Guía de crianza natural. Madrid: Planeta 2009;pág 369-76.
12. Landa Rivera L. Hipogalactia (el lactante que no queda satisfecho). En: Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid: Ergón 2004;oág 258-61.
13. Consejería Sanidad del Gobierno de Cantabria. III Jornadas de promoción de la lactancia materna en Cantabria. Hipogalactia: actualizaciones de Diane West. [CD-ROM]. Santander: Gobierno Cantabria, La Buena Leche, UNICEF; 2010.
14. Romano-Santos E, Fernández-González B, Díez-Soro L, Martínez-Bonafont S. ¿Qué sabemos de los galactogogos? *Matronas Prof* 2009;10: 27-30.
15. Hamlyn B, Brooker S, Oleinikova K, Wands S. Infant feeding report 2000. Londres: TSO 2002.
16. Reddymasu SC, Soykan I, McCallum RW. Domperidone: review of pharmacology and clinical applications in gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 2007;102:2036-45.