

## A propósito de un caso. Baja producción o hipogalactia en la lactancia materna

Sofía Dolores Ureña Gálvez, Dorotea María Reche Torrecillas, Lucía Membrilla Beltrán  
Centro de salud Vera (Almería, España)

Correspondencia: Sug492@hotmail.com (Sofía Dolores Ureña Gálvez)

### Introducción

La lactancia materna controlada por el lactante se recomienda como la mejor práctica para determinar la frecuencia y la duración de la lactancia.

Los modelos de lactancia materna pueden variar enormemente de un país o lugar a otro. Con frecuencia se utilizan dos enfoques muy diferentes para determinar cuándo se lactará al lactante y por cuánto tiempo. Un enfoque es a demanda del lactante y se conoce como controlado por el lactante, sin restricción o lactancia a petición. El reloj controla el otro enfoque, que se conoce como lactancia materna programada, cronometrada o restringida. Desde principios del siglo XX a las madres en muchos contextos sanitarios se les recomendaba lactar según el reloj; cronometrando y restringiendo la frecuencia y la duración de la lactancia. Esta práctica cambió cuando se recomendó la lactancia controlada por el lactante o a petición. Con la lactancia materna controlada por el lactante, la cantidad de leche producida es determinada por las exigencias del recién nacido. Así el recién nacido controla el suministro de leche, lo que asegura que se produzca suficiente leche para satisfacer sus necesidades. Con este enfoque se promueve un estrecho contacto entre la madre y el lactante sin poner restricciones a su tiempo juntos.<sup>1</sup>

La hipogalactia es la falta o escasez de leche materna cuando se decide amamantar. Si tendrán leche suficiente es una duda o cuestión recurrente en las madres lactantes. Se sabe que la mayoría son capaces de lactar; solo se debe transmitir apoyo, seguridad y reforzar lo que ya saben acerca de la lactancia materna. En contra a punto a esto se debe ser capaces de reconocer una baja producción, detectar que se produzca una buena transferencia de alimento al bebé y analizar la técnica de amamantamiento, por si no fuese adecuada. Delimitar el problema aparente y proporcionar soluciones al binomio madre e hijo.<sup>2</sup>

Aunque las hipogalactias secundarias y/o primarias no son demasiado comunes; y estas últimas menos aún, se debe abordar esta casuística errática; para las mujeres que tienen deseo de amamantar, pese a que presenten dificultades y los niños que tienen deseo y necesidad innata de mamar del seno de su madre, puedan hacerlo de manera satisfactoria. Los criterios de hipogalactia real son la 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 y por último que la madre no consiga sacarse leche después de intentarlo durante varios días, con buena técnica y varias veces al día. 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.<sup>3</sup>

A propósito de esto, un caso de baja producción o hipogalactia en la lactancia materna.

### Desarrollo

Parto inducido por sospecha del riesgo infeccioso que transcurrió dentro de la normalidad y acabó eutócico sin complicaciones, sin administración de analgesia epidural y recién nacido a término con apgar 9 al minuto, diez a los cinco minutos y diez a los diez minutos. Siendo buena la adaptación a la vida extrauterina se procedió a colocar al neonato sobre el abdomen y pecho de su madre para encontrarse ambos en contacto piel con piel inmediatamente tras el nacimiento sin interferencias en la misma sala de dilatación/parto/puerperio.

Al colocar al recién nacido en posición biológica (decúbito prono) y estimular el desplazamiento sobre el cuerpo materno no se consiguió el agarre espontáneo en la siguiente hora y media tras el parto. Al inspeccionar al recién nacido se observó color rosado, buen tono general, respondía a los estímulos adecuadamente y presentaba los reflejos primitivos normales, específicamente el de búsqueda y de succión. A nivel oral se detectó una retrognatía marcada, movilidad reducida de la lengua y buena coordinación de la succión-deglución. Se palpó rigidez en el músculo digástrico y falta de movilidad en la zona mandibular-esfenoidal.

Al explorar ambas mamas se observó una marcada asimetría, pechos no tubulares, se palpaban las glándulas mamarias y se veían los conductos permeables de donde eyectaba calostro a la extracción manual.

Pasadas dos horas después del parto, se trasladó a ambos a la planta de hospitalización de puerperio. Allí como el recién nacido estaba en estado de alerta tranquila se siguió intentando el agarre alternando diferentes posiciones: sentado, acunado,

caballito, de lado... siendo la más favorable la de caballito y se le ayudó a evertir los labios, haciendo un agarre asistido colocando la mano en forma de "C" para reducir el tamaño de areola e introducir la mayor cantidad de areola y pezón dentro de la boca del bebé para lograr un agarre correcto junto con la técnica de compresión del pezón en ambos pechos, recurso que optimiza la salida de leche.

Al inicio de la lactancia y tras doce horas después del parto se logró el agarre adecuado al pecho. Se empezó a valorar que la succión no era del todo eficaz porque el patrón de succión era de tres a cinco succiones activas seguidas de una pausa respiratoria del mismo tiempo, lo que fue catalogado de disfuncional o succión inmadura, ya que un patrón funcional y efectivo para drenar bien la mama y proporcionar al neonato la alimentación necesaria es de 10 a 30 succiones rítmicas sin pausas respiratorias.

Lo siguiente que se valoró fueron las tomas diarias, que eran unas doce cada 24 horas. En estas primeras 24/ 48 horas el neonato tenía periodos de reactividad y otros de sueño, las micciones eran unas 6 al día de color claro y las deposiciones, meconio. Al tercer día de vida el estado general del bebé tornaba con cierta tendencia a la irritabilidad; no se soltaba del pecho de manera espontánea y hacia la mayoría de tomas de más de 30 min de duración, no parecía satisfecho después de las tomas.

Con respecto a la madre no había indicios de la subida de la leche y desde el tercer día se inició la estimulación con sacaleches eléctrico, midiendo previamente ambos pezones eréctiles y adecuando la copa a cada pecho usando en el pecho derecho la talla M y el otro la S. La estimulación se realizó cada hora diurna y dos horas nocturnas en pauta de 2-5-7 minutos para cada pecho y haciendo descansos de 30 segundos entre cada fase y siempre siendo los dos primeros minutos de succiones rápidas simulando la "llamada de la leche".

Tras 48 horas con este método conocido como extracción poderosa no hubo signos notables de subida de la leche, a razón de esta circunstancia se empezó a sospechar de baja producción o hipogalactia. Ya que ambas mamas estaban expuestas a las tomas que llevaba a cabo el bebé de manera directa y a la extracción con sacaleches. Pese a tener una buena succión y vaciado de ambos pechos no se consiguió más de 60 ml totales en un día sumando todas las extracciones; siendo uno de los criterios de hipogalactia la recolección mínima de 80-100 mililitros de leche extraída después del procedimiento de extracción poderosa. En consecuencia se investigó la causa de hipogalactia de origen primario.

El recién nacido empezaba a dar signos de falta de alimento por su estado general siendo cada vez más irritable, y disminuyendo las heces estando desde el día tres hasta la semana sin hacer caca; la orina seguía siendo de color claro y mojaba unos seis pañales al día. Hecha la semana de vida se le pesó habiendo perdido un 12% de su peso total del nacimiento. Hasta ese momento se amamantaba a demanda y suplementando con leche materna extraída con técnica jeringa-dedo. Se siguió este método de suplementación para evitar síndrome de confusión del pezón no introduciendo chupetes y tetinas.<sup>4</sup>

### Juicio clínico

Lactancia materna ineficaz r/c anomalías del lactante y de la mama según NANDA.

Se diagnosticó baja producción o hipogalactia primaria. Se observó una succión inmadura provocada por las características anatomofisiológicas del recién nacido acentuado con las características mamarias.

### Plan de cuidados

Basado en las intervenciones de la NIC.

1054 Ayuda en la lactancia materna. Evaluar la forma de succión y deglución del recién nacido.

5244 Asesoramiento en la lactancia. Asesoramiento sobre extracción de leche materna.

5240 Proporcionar apoyo en las decisiones.

Se aconsejó seguir con la estimulación/extracción con sacaleches, siendo más flexible la pauta cada 3-4 horas y hasta que dejara de fluir leche dos minutos después; junto con las tomas a demanda del recién nacido al pecho e iniciar pauta con galactogogos, en este caso Domperidona 10mg cada 8 horas. También valorar la causa de la hipogalactia a través de una analítica sanguínea y repasar la historia clínica del parto.

Para mejorar el estado del bebé ya que la orina a los siete días empezó a presentar uratos, la pérdida de peso era mayor a la fisiológica y había ausencia de deposiciones se decidió suplementar con 30cc en tomas alternas, con relectador iniciando así una lactancia mixta.

Se procedió a realizar ejercicios de fisioterapia para mejorar la succión inmadura.

Se siguió valorando cada semana la estrategia a seguir.

### Resultados

1002 Mantenimiento de la lactancia. Crecimiento del lactante.

1800 Conocimiento en lactancia materna. Descripción de la técnica adecuada y de la posición adecuada.

1010 Establecimiento de la lactancia. Comodidad en la posición y satisfacción en el proceso.

El estado general de recién nacido mejoró teniendo periodos de sueño, otros de alerta tranquila y llanto; fluctuando en esos estados a lo largo del día y la noche. El número de tomas de pecho seguía siendo de unas 10 a 12 al día, la orina volvió a ser de color claro y las deposiciones empezaron a ser de transición; de verdosas a amarillentas semilíquidas y grumosas a la semana. A los quince días no recuperó el peso del nacimiento pero iba subiendo de peso unos 20 gr al día.

Los valores analíticos de sangre materna fueron normales, no presentando anemia con hemoglobina de 12,3 mg/dl; hematocrito de 37; no presentando hipotiroidismo con TSH 2.89 y anticuerpos antitiroideos negativos. Con respecto a la historia obstétrica el alumbramiento fue espontáneo estando la placenta y membranas íntegras, y el sangrado puerperal escaso; descartando así algunas posibles causas de hipogalactia.

### Discusión

El método más apropiado para la extracción de la leche puede depender del tiempo desde el nacimiento, el objetivo de la extracción y de la madre y niño individuales. También indica que intervenciones de bajo coste, como la iniciación temprana cuando no hay alimentación al pecho, escuchar música relajante, masajear y calentar el pecho, la extracción manual y

el uso de extractores de leche de menor coste pueden ser tan o más efectivos que los extractores de leche eléctricos grandes para algunos de los desenlaces de interés.

Se evaluó la relación riesgo-beneficio del uso de Domperidona como galactogogo en madres con lactancia materna insuficiente. Evaluaron el tratamiento con 30 o 40 mg de Domperidona al día durante cuatro a 14 días frente placebo. Los desenlaces principales de esta revisión fueron el aumento de volumen de leche, el aumento de los niveles de prolactina y los efectos adversos.<sup>5</sup>

En cuanto a la administración de suplementos mediante taza o biberón en niños sanos nacidos a término y amamantados, no se registraron diferencias en la duración de cualquier tipo de lactancia materna, ni en la de lactancia materna exclusiva ni en la ocurrencia de problemas tempranos con la lactancia materna.<sup>6</sup>

Cuando el recién nacido recibía suplementos más de tres veces, y estos eran administrados con taza, solo la duración de la lactancia exclusiva, aumentaba de forma significativa.

## Conclusiones

En primer lugar es necesario asegurar una buena transferencia de leche al bebé, vigilando el estado general del recién nacido, el número de micciones, deposiciones y ganancia de

peso. Amamantar a demanda con el número de toma adecuada una media de 10-12 al día. En segundo lugar se realizó ejercicios en casa y por un experto de fisioterapia para mejorar la succión disfuncional del neonato. El proceso de un correcto agarre y succión eficaz se alargó hasta el mes de vida; no consiguiéndose una buena producción exclusivamente con el estímulo del RN al pecho. Por esto fue necesario la estimulación y extracción con sacaleches para posterior suplementación. Se continuó suplementando con relactador. Cada semana se volvió a valorar para ir retirando los suplementos.

La producción mamaria no mejoró con el uso del sacaleches y galactogogos durante seis semanas; no superando los 80 ml/ día de leche materna extraída.

Tras intentar retirar suplementos reduciendo 10 ml en cada toma con un total de no más de 60 ml al día y vigilando estrechamente al bebé, pesándolo cada 2 días, no había ganancia de peso incluso apareció pérdida en dos pesadas. A colación se decidió continuar con una lactancia mixta, usando relactador, evitando tetinas y chupetes; siendo la lactancia mixta lo más satisfactorio para la madre y el bebe.

Se consideró que se debía a un síndrome de déficit de prolactina, muy poco documentado pero existente. Así mismo a los niveles hormonales de estrógenos y progesterona asociados.

## Bibliografía

1. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Vitoria, 2017. Disponible en: [www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_560\\_Lactancia\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf) [acceso: 07/07/2018].
2. González Rodríguez C. Hipogalactia: Diagnóstico y tratamiento. En: Lactancia materna. Universidad de Sevilla, 2001. Disponible en: [www.juntadeandalucia.es/.../hinmaculada/.../lactancia\\_materna/HIPOGALACTIA.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/.../hinmaculada/.../lactancia_materna/HIPOGALACTIA.pdf) [acceso: 07/07/2018].
3. Vayas Abascal R, Carrera Romero L. Hipogalactia: causas y orientación de manejo, 2012; 1(3):143-147. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6346647> [acceso: 08/07/2018].
4. Pairó Aranda R, Navarro Quesada FJ. Lactancia materna: dolor y producción escasa. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 259-266.
5. Fármacos para el aumento del suministro de leche en madres que extraen la leche materna para sus lactantes pretérmino hospitalizados (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 3. Art. No.: CD005544. DOI: 10.1002/14651858.CD005544. Disponible en: <https://es.cochrane.org/es> [acceso: 08/07/2018].
6. Retiro del biberón durante la introducción de la lactancia materna en lactantes prematuros (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016 Issue 9. Art. No.: CD005252. DOI: 10.1002/14651858.CD005252. Disponible en: <https://es.cochrane.org/es> [acceso: 08/07/2018].