

<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1.2771>

Abordaje diagnóstico de hipogalactia para el pediatra de primer contacto

Diagnostic approach to low milk supply for the first contact pediatrician.

Katia Andrea Contreras Garduño

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una de las formas más eficaces para garantizar la salud de los niños. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se evitarían alrededor de 823,000 muertes en menores de 5 años y 20,000 muertes de mujeres por cáncer de mama si se ampliara la lactancia materna en todo el mundo.¹ El análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua de 2021 y 2022 informó que el 33.6% de los niños de 0 a 5 meses recibieron lactancia materna exclusiva.² A pesar de la evidente mejoría respecto a la prevalencia de 28.3% en lactancia materna exclusiva reportada en la Encuesta Nacional del 2018-2019,³ México sigue siendo uno de los países que se encuentra muy distante de las metas de desarrollo sostenible establecidas para el 2030 (70% en lactancia materna exclusiva),⁴ así como a las recomendaciones internacionales.⁵

La hipogalactia o baja producción de leche es una alteración que ha acompañado a los binomios lactantes desde tiempos “inmemorables”, contando con múltiples mitos alrededor de sus posibles causas, así como remedios en distintas culturas.⁶ Una revisión sistemática que explora este trastorno a través de varias definiciones hace un llamado a la necesidad de los profesionales del área de salud en su entrenamiento en lactancia, para apoyar a las mujeres en el proceso del establecimiento y mantenimiento de la producción láctea.⁷

Pediatra, Consultora Internacional
Certificada en Lactancia Materna IBCLC.

Recibido: 31 de julio de 2023

Aceptado: 8 de noviembre de 2023

Correspondencia

Katia Andrea Contreras Garduño
kacgpedia@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Contreras-Garduño KA. Abordaje diagnóstico de hipogalactia para el pediatra de primer contacto. Acta Pediatr Méx 2024; 45 (1): 70-76.

Antes se pensaba que la percepción de insuficiencia de leche o síndrome de leche insuficiente era una excusa de las mujeres para no amamantar, lo que supone una explicación inadecuada.⁸ Pero definitivamente es un síntoma que puede ser subjetivo, por lo que se requiere mucha destreza clínica para evaluarlo correctamente. En México y otros países esta alteración, ya sea real o “percibida”, es una de las principales causas de abandono de la lactancia.^{3,9,10}

DIAGNÓSTICO

En un binomio con sospecha de hipogalactia es importante considerar la etapa de lactancia en la que se encuentra. La producción láctea es un proceso dinámico que inicia durante el segundo trimestre del embarazo, con la fase I de lactogénesis secretando calostro. Con la expulsión de la placenta y los cambios hormonales en el primer día posparto (lactogénesis II) se secreta un volumen de 50 mL/día, incrementando 10 veces para el día 8 posparto, es decir, de 500 a 750 mL/día.¹¹ Este aumento se encuentra influenciado por varios factores, pero la remoción de leche es indispensable para el establecimiento de su adecuada producción.¹¹⁻¹⁵

FALSA PERCEPCIÓN DE BAJA PRODUCCIÓN LÁCTEA

Cuando existe una falsa percepción, ya sea por parte de la madre o del proveedor de salud, es frecuente que se ofrezcan sucedáneos de la leche materna, lo que interfiere con la fisiología de la lactogénesis ocasionando una verdadera hipogalactia. En México el 27.2% de los lactantes reciben fórmula láctea comercial, 5.5% agua simple y 4.4% tés o infusiones en los primeros tres días de vida.² Es fundamental que un pediatra de primer contacto reconozca una falsa percepción de baja producción de una verdadera hipogalactia, para evitar recomendaciones de suplementación que pueden poner en riesgo el establecimiento de la adecuada

lactancia materna, así como la confianza de la madre.

Se espera que un recién nacido demande entre 8 o 12 tomas de leche materna por día en los primeros días de vida extrauterina.¹⁶ Esta alta demanda es necesaria para el adecuado establecimiento de la lactancia. Se espera un decremento ponderal del recién nacido en sus primeros días de vida. Recientemente se documentó que la mitad de recién nacidos sanos sobrepasan su peso al nacimiento al día 9 (parto vaginal) o 10 (cesárea) de nacimiento, y que incluso hay niños que pueden tardar hasta tres semanas en recuperar su peso al nacer.¹⁷ A partir del quinto día se espera que los recién nacidos tengan al menos 6 orinas al día, así como transición de las evacuaciones meconiales a amarillo grumosas.^{18,19} La madre podrá referir que ya no siente plenitud en sus pechos como solía sentir durante el tercer a quinto día posparto.¹⁹ Como profesional de salud, es importante tranquilizar a la madre haciéndole saber que la sensación de “pechos vacíos” es manifestación de la adecuada transferencia de leche y debe corroborarse durante la evaluación del binomio.

Es frecuente que el tercer mes de vida del lactante, la madre acuda a consulta con la inquietud de una baja producción de leche, porque su hijo pasa menos tiempo alimentándose de lo que solía hacer durante los primeros meses de vida, así como una disminución en la cantidad de tomas. Mientras el lactante se encuentre con adecuado incremento ponderal, según los estándares recomendados por la OMS,²⁰ es importante fomentar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, de acuerdo con las recomendaciones internacionales.^{1,5}

BAJA PRODUCCIÓN DE LECHE O HIPOGALACTIA

En caso de una verdadera hipogalactia, que se estima en la minoría de los casos de síndrome

de leche insuficiente,²¹ es necesario elaborar la historia clínica para evaluar factores relacionados con la madre o el lactante (**Cuadro 1 y 2**).²² El desarrollo de la glándula mamaria es un proceso dinámico que incrementa con cada embarazo, debido a los cambios hormonales y el desarrollo del epitelio alveolar,¹¹ por lo que las mujeres primigestas tienden a tener mayor probabilidad de sufrir una verdadera hipogalactia. Por el desconocimiento y la ansiedad que puede generar la primera experiencia de lactancia,²³ también puede ser una falsa percepción de baja producción láctea.

Las mujeres que finalizan el embarazo por cesárea, así como quienes sufren alguna alteración metabólica (hipotiroidismo, diabetes gestacional), suponen factores de riesgo asociados con baja producción láctea.⁷ El uso de hormonales sintéticos, algunos medicamentos, y restos pla-

centarios pueden ser factores que predisponen a hipogalactia, debido a efectos hormonales que bloquean la producción láctea. Este es el caso, las concentraciones altas de lactógeno placentario, en mujeres que tienen retención placentaria, inhiben pasar de la fase I a la II de lactogénesis.

En cuanto a los factores de riesgo asociados con el lactante en la fisiopatología de la hipogalactia, la mayor parte de los estudios (**Cuadro 2**) sugieren que participan en la baja producción láctea, al no extraer adecuadamente la leche y de esta forma no producir la cantidad necesaria para los requerimientos del lactante, porque la remoción de leche es indispensable para el establecimiento de su adecuada producción.¹¹⁻¹⁵ Además de un interrogatorio minucioso, es importante la exploración física de la madre, el lactante y la interacción de ambos. **Cuadro 3**

Cuadro 1. Causas de hipogalactia relacionadas con la madre

Primigesta	Estrés, ansiedad
Restos placentarios	Depresión posparto
Síndrome metabólico	Mastitis subclínica
Hipotiroidismo	Uso de hormonales
Síndrome de Sheehan	Medicamentos
Hipoplasia de la glándula mamaria	Consumo de tabaco o alcohol
Antecedente de cesárea	No respetar la libre demanda
Bloqueo peridural o epidural	Separación del binomio

Cuadro 2. Causas de hipogalactia relacionadas con el lactante

Prematuridad o bajo peso al nacimiento	Tortícolis congénita
Hipotonía	Separación del binomio
Malformaciones orofaciales <ul style="list-style-type: none"> • Anquiloglosia • Labio y/o paladar hendido • Micrognatia • Paladar ojival • Otras malformaciones 	Deformación craneofacial <ul style="list-style-type: none"> • Fórceps, vacuum • Trabajo de parto con expulsivo prolongado • Presentación anormal • Trauma obstétrico
Confusión de succión o flujo por uso de chupones o tetinas	Letargia por efecto adverso de anestésico en la madre durante el nacimiento
Aversión o traumatismo oral por uso de sondas o aspiración	

Cuadro 3. Aspectos importantes durante el diagnóstico de hipogalactia

<p>Relacionados con la madre</p> <p>Estado emocional (depresión, ansiedad, estrés)</p> <p>Dolor al amamantar</p> <p>Exploración de la glándula mamaria</p> <p>Datos clínicos de síndrome metabólico</p> <p>Primípara</p> <p>Cesárea</p> <p>Bloqueo peridural o epidural</p>	<p>Relacionados con el lactante</p> <p>Evaluación del crecimiento</p> <p>Edad gestacional</p> <p>Exploración del estado neurológico</p> <p>Ictericia</p> <p>Alteración en la vía aérea</p> <p>Malformaciones orofaciales (anquiloglosia, labio y/o paladar hendido, retrognatia)</p> <p>Tortícolis congénita</p> <p>Confusión de succión o flujo</p>
<p>Relacionados con la díada</p> <p>Técnica adecuada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubicación del neonato • Posición de la madre • Agarre al pecho • Transferencia de leche <p>Interacción de la díada</p> <p>Separación del binomio</p>	<p>Aspectos sociales y culturales</p> <p>Apoyo de la madre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pareja • Trabajo • Apoyo en casa <p>Creencias y costumbres</p> <p>Protocolos de estancias infantiles</p> <p>Situación laboral</p>

TRATAMIENTO

De acuerdo con el diagnóstico, respecto a la etiopatogenia de la hipogalactia, donde pueden estar involucradas una o varias enfermedades, es importante proponer una intervención que promueva y proteja las metas de lactancia de la familia a la que estamos apoyando. En caso de diagnosticar alguna causa no asociada con la lactancia, ya sea en la madre (hipotiroidismo) o el neonato (hipotonía), debemos referir con el subespecialista indicado (endocrinólogo para la madre o neurólogo para el lactante) para corregir o mejorar la condición. Además de explorar la adecuada técnica de lactancia, el uso de recursos, por ejemplo: extracción de leche,^{24,25} galactagogos²⁶ y suplementación al pecho con leche materna extraída,²⁷ son intervenciones que podemos recomendar como pediatras, antes de indicar sucedáneos de la leche materna.

Un estudio reciente en México demuestra que la recomendación del uso de fórmulas infantiles sigue siendo frecuente por parte del personal de salud.²⁸ Aunque múltiples pruebas demuestran

que el uso de tetinas y chupones están asociados con el abandono precoz de la lactancia,²⁹ no existe evidencia científica relacionada con hipogalactia. De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría, el pediatra tiene función importante para el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna.³⁰

Además de la adecuada evaluación del binomio, en cuanto a factores de riesgo que pueden condicionar la hipogalactia, así como el asesoramiento correcto en cuanto a técnicas de lactancia, mencionaremos brevemente las tres intervenciones que consideramos son las más importantes en el tratamiento de los binomios con verdaderos casos de baja producción láctea:

Extracción de leche

Toda mujer que se encuentre en etapa de lactancia debe ser asesorada acerca de las técnicas de extracción de leche y con más razón en binomios donde la producción de leche está afectada. Los profesionales de la salud que no puedan asesorar a estas mujeres deben enviarlas con especialistas en lactancia humana. La extracción de leche

puede realizarse directamente con las manos o con un extractor de leche manual o eléctrico.^{24,25}

Galactagogos

Los galactagogos son sustancias o medicamentos que aumentan la producción de leche materna. Aunque se han utilizado desde tiempos remotos, existen pocos estudios con adecuado diseño que demuestren su utilidad. Antes de recomendarlos es importante hacer la evaluación cuidadosa del binomio para determinar la causa de la baja producción de leche. Es importante que antes de recomendar los galactagogos se consideren los efectos secundarios y dosificación, de acuerdo con cada caso individual. Domperidona, metoclopramida, sulpiride y fenogreco son algunos ejemplos de galactagogos descritos en la bibliografía.²⁶

Suplementación de leche

La administración precoz de suplementos de leche se asocia con disminución de las tasas de lactancia. Es importante agotar todos los recursos a través de una persona experimentada en asesoría de lactancia, antes de iniciar la suplementación. La leche materna extraída de la madre debe ser la primera opción para suplementar a un lactante. Los sucedáneos de la leche materna representan la última opción de suplementación. Existen diversos métodos de administración de tomas suplementarias. Para elegir el método deben considerarse siguientes aspectos: costo y disponibilidad, facilidad de uso y limpieza, estrés para el lactante, experiencia del personal sanitario y, sobre todo, ofrecer un método que potencie el desarrollo de habilidades relacionadas con la lactancia materna.²⁷ Si aún no se establece la adecuada lactancia materna, se recomienda elegir otro método de suplementación, que no sean a través de tetinas, biberones ni chupones;³¹ en cambio, puede disponerse de tazas o vasos, cucharas o suplementador al pecho. El pediatra debe referir con un especialista en lactancia si

no sabe cómo recomendar estos métodos de suplementación, antes de iniciar sucedáneo con biberón o tetina.

La mayoría de las pacientes que refieren un cuadro de hipogalactia acuden a consulta en las primeras etapas de la lactancia, pero la reincorporación al trabajo,^{2,3} o separación del binomio por alguna indicación médica (como en el caso de neonatos prematuros)^{32,33} suelen ser causas de hipogalactia. Como médicos de primer contacto debemos asesorar a las pacientes en cómo ejercer sus derechos laborales para sostener la lactancia.³⁰ También es importante capacitar a la familia en los métodos de extracción, transporte y almacenamiento de la leche materna.³⁴ Para el abordaje terapéutico en binomios con hipogalactia se sugiere revisar la **Figura 1**.

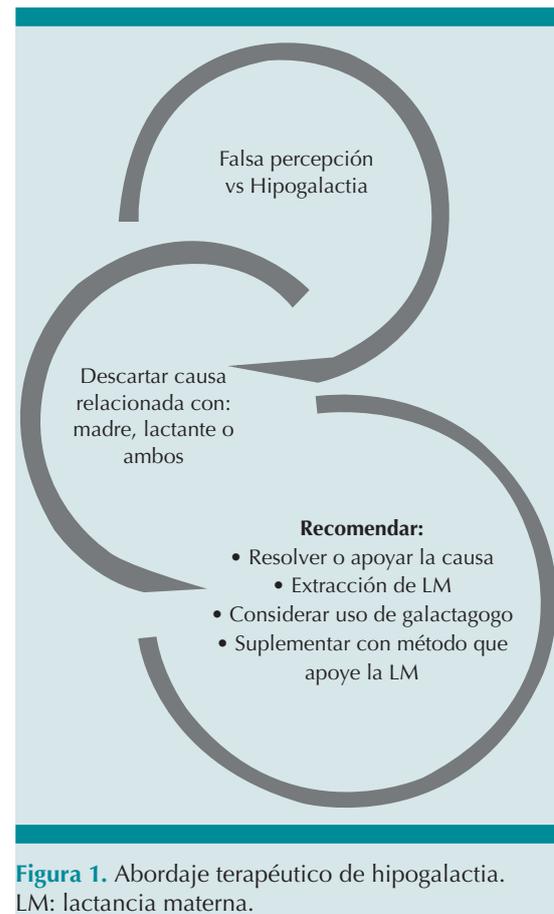


Figura 1. Abordaje terapéutico de hipogalactia. LM: lactancia materna.

CONCLUSIONES

La hipogalactia o la falsa percepción de baja producción de leche son causas frecuentes de destete prematuro en México. Todos los profesionales de la salud dedicados al cuidado de los niños deben abordar de forma oportuna las posibles causas que obstaculizan el adecuado establecimiento de la lactancia. Referir con el personal capacitado en lactancia materna puede ser determinante para lograr el mantenimiento de la producción láctea³⁵ y formar parte del cumplimiento de las metas de lactancia de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, et al. Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 30; 387 (10017): 475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7. PMID: 26869575.
2. González-Castell LD, Unar-Munguía M, Bonvecchio-Arenas A, Ramírez-Silva I, et al. Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México. *Salud Pub Mex* 2023; 65 (Supl 1): S204-S210. <https://doi.org/10.21149/14805>
3. González-Castell LD, Unar-Munguía M, Quezada-Sánchez AD, Bonvecchio-Arenas A, et al. Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. *Salud Pub Mex* 2020; 62 (6): 704-13. <https://doi.org/10.21149/11567>
4. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Global breastfeeding scorecard 2022: protecting breastfeeding through further investments and policy actions. OMS, 2022. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/365140/WHO-HEP-NFS-22.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Datab System Rev* 2012; 8: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.
6. Sánchez-Molinero A. Mitos y creencias populares sobre la lactancia materna [Internet]. http://saludmaternoinfantil.es/wp-content/downloads/curso2014/charlas/MITOS_LM.pdf#:~:text=En%20el%20Papiro%20de%20Ebers%2C%201500%20a%C3%B1os%20antes,bilis%20de%20oro%2C%20excrementos%20de%20mosca%20y%20ocre
7. Segura-Pérez S, Richter L, Rhodes EC, Hromi-Fiedler A, et al. Risk factors for self-reported insufficient milk during the first 6 months of life: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2022; 18 (Suppl 3): e13353. doi: 10.1111/mcn.13353.
8. González de Cosío-Martínez T, Hernández-Cordero S. Lactancia materna en México. México: ANMM, 2016. Síndrome de leche insuficiente. https://www.anmm.org.mx/documentos-postura/LACTANCIA_MATERNA.pdf
9. Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales LM, Díaz-García MA, Quezada-Salazar CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63 (1): 31-39.
10. Flores-Estrella MD, Centeno-Villavicencio ML, Maldonado-Rivadeneira JC, Robles-Rodríguez J, et al. Lactancia materna exclusiva y factores maternos relacionados con su interrupción temprana en una comunidad rural de Ecuador. *Acta Pediatr Méx* 2021; 42 (2): 56-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.18233/APM-42No2pp56-652120>
11. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis. The transition from pregnancy to lactation. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48 (1): 35-52. doi: 10.1016/s0031-3955(05)70284-4.
12. Neville MC. Lactation in the human. *Anim Front* 2023; 13 (3): 64-70. doi: 10.1093/af/vfad021.
13. Sievers E, Haase S, Oldigs HD, Schaub J. The impact of peripartum factors on the onset and duration of lactation. *Biol Neonate* 2003; 83 (4): 246-52. doi: 10.1159/000069485.
14. Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Comparison of milk output between mothers of preterm and term infants: the first 6 weeks after birth. *J Hum Lact* 2005; 21 (1): 22-30. doi: 10.1177/0890334404272407.
15. Asztalos EV, Kiss A, da Silva OP, Campbell-Yeo M, et al. EMPOWER Study Collaborative Group. Pregnancy gestation at delivery and breast milk production: a secondary analysis from the EMPOWER trial. *Matern Health Neonatol Perinatol* 2018; 4: 21. doi: 10.1186/s40748-018-0089-x.
16. Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, Harrel C; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018; 13 (9): 559-574. doi: 10.1089/bfm.2018.29110.mha.
17. Paul IM, Schaefer EW, Miller JR, Kuzniewicz MW, et al. Weight Change Nomograms for the First Month After Birth. *Pediatrics* 2016; 138 (6): e20162625. doi: 10.1542/peds.2016-2625.
18. Hoyt-Austin AE, Kair LR, Larson IA, Stehel EK. Academy of Breastfeeding Medicine. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #2: Guidelines for Birth Hospitalization Discharge of Breastfeeding Dyads, Revised 2022. *Breastfeed Med* 2022; 17 (3): 197-206. doi: 10.1089/bfm.2022.29203.aeh.
19. Westerfield KL, Koenig K, Oh R. Breastfeeding: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician* 2018; 98 (6): 368-373.
20. Lozano de la Torre MJ. Nuevo patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud basado en lactantes amamantados [New growth references of the World Health Organization based on breast fed infants]. *An Pediatr (Barc)* 2007; 66 (2): 177-83. doi: 10.1016/s1695-4033(07)70328-4.

21. Pérez-Escamilla R, Buccini GS, Segura-Pérez S, Piwoz E. Perspective: Should Exclusive Breastfeeding Still Be Recommended for 6 Months? *Adv Nutr* 2019; 10 (6): 931-943. doi: 10.1093/advances/nmz039.
22. World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding counseling: A training course. Geneva: World Health Organization/UNICEF; 1993.
23. Tapia-Sequeiros G, Velazco-Cañari MA, Ramos-Calizaya N, Medina-Vicente LA, et al. Factores asociados con la interrupción de la lactancia materna exclusiva: análisis transversal de una encuesta nacional peruana. *Acta Pediatr Méx* 2023; 44 (4): 263-275.
24. Kent JC, Prime DK, Garbin CP. Principles for maintaining or increasing breast milk production. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012; 41 (1): 114-121. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01313.x.
25. Ortega-Ramírez ME. Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. *Acta Pediatr Méx* 2015; 36: 126-129.
26. Brodribb W. ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactagogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production, Second Revision 2018. *Breastfeed Med*. 2018 Jun;13(5):307-314. doi: 10.1089/bfm.2018.29092.wjb. PMID: 29902083.
27. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. *Breastfeed Med*. 2017 May;12:188-198. doi: 10.1089/bfm.2017.29038.ajk. Epub 2017 Mar 15. PMID: 28294631.
28. Hernández-Cordero, S., Lozada-Tequeanes, A.L., Fernández-Gaxiola, A.C. *et al.* Barriers and facilitators to breastfeeding during the immediate and one month postpartum periods, among Mexican women: a mixed methods approach. *Int Breastfeed J* 15, 87 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00327-3>
29. Organización Mundial de la Salud. (1998). Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67858>
30. Joan Younger Meek, Lawrence Noble, Section on Breastfeeding; Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* July 2022; 150 (1): e2022057988. 10.1542/peds.2022-057988
31. De la Teja-Ángeles E, Durán-Gutiérrez LA, Garza-Elizondo R. Chupón y lactancia materna. *Acta Pediatr Méx* 2011; 32(6): 353-354.
32. Bergman NJ. Birth practices: Maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Res*. 2019 Sep 1;111(15):1087-1109. doi: 10.1002/bdr2.1530. Epub 2019 Jun 3. PMID: 31157520.
33. Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Comparison of milk output between mothers of preterm and term infants: the first 6 weeks after birth. *J Hum Lact*. 2005 Feb;21(1):22-30. doi: 10.1177/0890334404272407. PMID: 15681632.
34. Eglash A, Simon L; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. *Breastfeed Med*. 2017 Sep;12(7):390-395. doi: 10.1089/bfm.2017.29047.aje. Epub 2017 Jun 29. Erratum in: *Breastfeed Med*. 2018 Jul/Aug;13(6):459. PMID: 29624432.
35. Riddle SW, Nommsen-Rivers LA. Low milk supply and the pediatrician. *Curr Opin Pediatr*. 2017 Apr;29(2):249-256. doi: 10.1097/MOP.0000000000000468.