

HIPOGALACTIA: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Carlos González Rodríguez, pediatra, presidente de ACPAM

Capítulo 8 del libro “La Lactancia Materna” Varios Autores

Universidad de Sevilla, 2.001

1.- Hipogaláctica es la falta o escasez de leche

Es una queja frecuente entre las madres. Y uno de los primeros motivos aducidos cuando se pregunta a una madre por qué dejó de dar el pecho.

Las madres creen que no tienen suficiente leche por diversos motivos:

- no aguanta las tres horas (está insatisfecho) o duerme demasiado (está débil).
- Nació con poco peso (es casi prematuro, necesita biberones) o con demasiado peso (un niño tan grande no se hará sólo con pecho).
- Está mucho rato mamando (claro, como no sale nada...) o demasiado poco (claro como no sale nada...).
- La leche es aguada (la madre ve la leche inicial que gotea).
- El niño llora (de hambre) o no llora (porque sabe que no hay leche).
- Problemas en lactancias anteriores.
- Problemas con la lactancia de familiares o amigas (mi madre tuvo tres hijos y a ninguno le pudo dar el pecho) o ausencia de problemas (mi madre nos dió el pecho tres años, ¡ojalá las mujeres tuviéramos leche como las de antes!).
- El niño engorda poco, o engorda demasiado (¡es de vida, necesita más comida!).
- El pecho está vacío (¡no tengo leche!) o está lleno (¡no quiere mi leche, no es buena!).

Incluso síntomas totalmente contrarios se interpretan como falta de leche. Porque el problema verdadero no es la falta de leche, sino la inseguridad de la madre. Actualmente, en nuestra sociedad, casi cualquier fenómeno será interpretado como prueba de falta de leche.

2.- Cómo comprueba el profesional si realmente el niño toma poca leche

En muchos casos, la madre está angustiada por un problema inexistente. El niño llora o se despierta por otros motivos, o está mamando con una frecuencia totalmente normal; lo único que hay que hacer es escuchar a la madre, ofrecerle seguridad y confianza, ayudarla a buscar los motivos profundos de su miedo.

En otros casos, es cierto que el niño está tomando menos leche de la que debería. Debemos identificar estos casos y buscar la causa del problema. Para ello nos fijaremos en cuatro puntos:

- a) **Deposiciones**
- b) **Micciones**
- c) **Peso**
- d) **Estado general**

a) Deposiciones

La primera deposición es el meconio, negra, pastosa y adherente. Luego siguen las deposiciones de transición, líquidas y grisáceo-verdosas. Las deposiciones normales del lactante son amarillas (a veces marrones o verdes), semilíquidas o pastosas, grumosas, explosivas, huelen bien. Durante el primer mes son muy frecuentes (a veces más de veinte al día). Hacia los 2-4 meses se vuelven más escasas; casi todos los bebés con lactancia materna exclusiva llegan a hacer una deposición cada 2 ó 4 días, y algunos cada 8 ó 10 días, incluso más. Cuando por fin hacen una deposición, está es normal: semilíquida, amarilla, grumosa... Por lo tanto, **NO es estreñimiento y**

no hay que hacer absolutamente nada (ni zumos, ni infusiones, ni hierbas, ni supositorios, ni estimular al no con un termómetro...).

Si un bebé hace menos de tres deposiciones al día durante las primeras semanas, hay que comprobar si está comiendo suficiente (también puede ser normal). Pero, más que el número, es la consistencia de las deposiciones lo que debe alertarnos. El cambio de las deposiciones de transición a las típicas se produce cuando la cantidad de leche digerida es suficiente. Sospechar si a los 7 días no han aparecido las deposiciones típicas.

Cualquier niño que coma demasiado poco durante unos días, a causa por ejemplo de una enfermedad intermitente, puede volver a hacer deposiciones similares a las de transición, líquidas y verdosas. Son las llamadas deposiciones de ayuno. La dieta “astringente” (hipocalórica e hipoproteica), por desgracia tan popular para el “tratamiento” de la diarrea, a menudo produce este tipo de deposiciones, prolongando la diarrea en un círculo vicioso que puede tener graves consecuencias. El tratamiento de la diarrea debe ser la dieta normal¹.

b) Micciones

Si no ingiere otros líquidos, la micción frecuente (6 ó 7 pañales al día de los antiguos, los modernos empapan mucho más) indica que hay una ingesta importante de leche. No es garantía de que haya suficientes calorías, pues la leche tiene agua de sobras². Es decir, un niño puede tomar una cantidad de leche un poco inferior a la deseable, y seguir orinando en abundancia. Pero, al menos, la presencia de micciones descartan que la situación sea grave. La ausencia de micciones indica que el niño está recibiendo muy poca leche, y la situación requiere intervención inmediata y supervisión continua.

c) Peso

Los recién nacidos suelen perder un 4-6 % de peso durante los primeros dos días. Al tercero empiezan a recuperar, y antes de una semana suelen pesar más que al nacimiento.

Pero algunos pierden hasta un 10-12%, incluso más en los nacidos con peso elevado; siguen perdiendo hasta el día 7 y no recuperan hasta el día 21. Por supuesto, se ha de vigilar e intentar poner remedio mucho antes. Los primeros días, hasta que se recupera el peso del nacimiento y algo más, son sumamente delicados.

La falta de un control médico adecuado permite que pasen desapercibidos casos de pérdida excesiva de peso, con deshidratación hipernatrémica, que en ocasiones han sido mortales³. Estos niños están letárgicos, por lo que la madre puede pensar que están durmiendo satisfechos y no buscar ayuda médica, y entran en un círculo vicioso porque cada vez maman con menos frecuencia y con menor eficacia.

Muchos de estos casos se deben a un inicio incorrecto de la lactancia: primera toma tardía, interferencia de chupetes, horarios rígidos, falta de apoyo e información a la madre. Sin embargo, es de temer que, incluso en circunstancias óptimas, algunos recién nacidos tendrán problemas. Es preciso un control estricto y continuado, en el hospital y fuera de él. Todos los recién nacidos, especialmente si no han recuperado el peso del nacimiento, deberían ser vistos por un profesional a las 48-72 horas del alta hospitalaria.

Si la pérdida de peso llega al 5-7 %, comprobar posición correcta, insistir en lactancia a demanda y frecuente (no esperar a que llore), retirar tetinas, chupetes, agua, infusiones... Si en 24 ó 48 horas pierde aún más peso, sacarse leche y dársela con vaso o cuchara.

Una vez recuperado el peso del nacimiento, es costumbre pesar regularmente a los niños. Se han de usar tablas adecuadas. Las reglas nemotécnicas (“200 g por semana”) suelen ser muy exageradas. El aumento de peso disminuye con la edad, no sólo es normal, sino necesario, que durante el tercer mes no aumente tanto como durante el primero.

Es preciso hacer varias puntualizaciones sobre el uso de tablas y gráficas de peso:

I.- El crecimiento de los niños de pecho no sigue las gráficas habitualmente usadas

Probablemente porque éstas se basan mayoritariamente en niños con lactancia artificial y alimentación complementaria precoz^{4,5}. En la actualidad, un grupo de la OMS⁶ está trabajando para desarrollar unas nuevas tablas de crecimiento, basadas en niños alimentados según las recomendaciones actuales (lactancia materna dos años o más, los primeros seis meses exclusiva). Es de esperar que las nuevas tablas estén preparadas en el año 2.004. Entre tanto, es probable que observemos que la curva de peso de nuestros pacientes sube más lentamente que la de referencia entre los 2 y los 12 meses.

II.- Las gráficas de peso no son normas, sino referencias

Es decir, permiten saber que relación guarda en un momento dado el peso de un niño con el de otros de su misma edad; pero no nos dicen cuánto deberían pesar. Describen la normalidad en el sentido estadístico del término (95 % de la población, entre ± 2 desviaciones típicas), pero no en un sentido médico. Las tablas de peso no permiten distinguir lo normal de lo patológico.

Así pues, el peso no es un medio de diagnóstico, sino sólo un método de cribado. Es bien sabido que el valor predictivo positivo de un medio de cribado (es decir, el porcentaje de individuos que, teniendo la prueba positiva, tienen realmente la enfermedad buscada), depende de la especificidad de la prueba y de la prevalencia de la enfermedad en una población dada.

¿Qué enfermedad se “criba” al pesar a los niños? Casi todas, pues muchas enfermedades acabarán afectando al peso. Un aumento inadecuado es un síntoma más inespecífico que la fiebre. Cuando el peso o la talla de un niño son inferiores a lo estadísticamente normal, podemos pensar en:

- a) El niño es muy bajo o muy delgado, pero está sano. Un tres por ciento de los niños están, por definición, por debajo del percentil 3; el dos y medio por ciento están por debajo de la segunda desviación típica.
- b) Enfermedad que afecta primariamente al crecimiento (déficit de hormona del crecimiento, síndrome de Down...)
- c) El niño está desnutrido, lo que a su vez puede deberse a:
 - Desnutrición secundaria a una enfermedad que interfiera con la absorción (diarrea, celiaquía, fibrosis quística...) o el metabolismo (diabetes...), aumente el gasto energético (fiebre...), produzca pérdidas de nutrientes (síndrome nefrótico...) o disminuya el apetito (tuberculosis, infección urinaria, viremia y otitis repetidas...).
 - Aporte insuficiente de alimentos (desnutrición primaria). En este último caso, y si es que el niño está tomando lactancia materna exclusiva, podemos a su vez distinguir:
 - Técnica inadecuada de lactancia (duración o frecuencia insuficiente de las tomas, interferencia de chupetes, aguas o infusiones; posición inadecuada, supresión de tomas nocturnas...). La mayor parte de los niños que engordan poco con el pecho no necesitan un biberón, sino más pecho.
 - Hipogaláctica primaria; es decir, escasez de leche debida a causas maternas y que no responde a las medidas habituales (aumentarla frecuencia de las tomas, corregir la posición). La hipogaláctica puede ser

tratable, como el hipotiroidismo, o intratable (de momento), como la agenesia de tejido mamario.

Sólo en este último y altamente improbable caso, hipogaláctica primaria no tratable, la solución consistiría en iniciar una lactancia mixta. No disponemos de datos sobre la frecuencia relativa de las distintas causas de bajo peso, la experiencia indica que en nuestro país las más frecuentes son: la variante normal, la enfermedad intercurrente del lactante (habitualmente leve) y la técnica inadecuada de lactancia (horario restrictivo, biberones de agua...), afortunadamente esta última cada vez menos frecuente.

En países en que la desnutrición infantil es muy frecuente, el peso de los niños es un buen método de cribado de la desnutrición. Es decir, un niño etíope que pese menos de lo “normal”, probablemente estará desnutrido. El valor predictivo positivo es tan alto (y la escasez de medios tan grandes) en esas circunstancias, que cualquier niño con un peso bajo será tratado con suplementos nutricionales, sin profundizar más en el diagnóstico. Pero la desnutrición infantil no secundaria a otra enfermedad sino debida a falta de alimentos es muy rara en nuestro país. Cuando un niño europeo pesa menos de lo normal, lo más probable es que esté perfectamente sano; y si de verdad está desnutrido, se debe más probablemente a enfermedad orgánica que a la falta de alimentos.

III.- Las tablas habitualmente usadas son de peso actual, no de incremento de peso

Es decir, las tablas y gráficas pueden decirnos si un niño de 3 meses que pesa 5.200 gramos pesa “mucho” o “poco” en relación con otros niños de su edad; pero no pueden decirnos si un niño de 3 meses que ha aumentado 600 g en el último mes ha aumentado “mucho” o “poco”. Para ello existen otras tablas específicas^{4,7,8}.

El retraso de crecimiento (failure to thrive) se define⁹ por la coincidencia de dos requisitos:

- a) el aumento de peso está por debajo de la -2 desviación durante al menos 2 meses seguidos (en niños menores de 6 meses), o durante al menos 3 meses en niños de 6 a 12 meses de edad; y b) la relación peso/talla está por debajo del percentil 5. Un ejemplo práctico. Una niña de 2 meses con talla y peso medios mide 57,3 cm y pesa 5.140 g. Para cumplir el primer criterio de retraso del crecimiento tendría que ganar menos de 320 g al mes durante dos meses seguidos, con lo que a los 4 meses pesaría menos de 5.780 g y estaría en la -1 desviación de peso para su edad. Pero faltaría el segundo criterio; para alcanzarlo, con una talla media para su edad (62,3 cm) tendría que pesar menos de 5.500 g; Una niña puede ganar medio kilo entre los 2 y los 4 meses, y todavía no podemos afirmar que tenga un retraso del crecimiento! ¿Cuántas veces hemos asustado a los padres, cambiando la dieta, tomando decisiones clínicas, sólo porque una niña ganaba 600 g en un mes, o 90 g en una semana?

IV.- La mitad de los niños están por debajo de la media

Y el 5 % de los niños están por debajo del percentil 5. Debemos abandonar para siempre la perniciosa costumbre de llamar “justos de peso” a niños cuyo peso es totalmente normal. Se ha de recordar también que las gráficas de peso no son “caminitos”, y que es normal que la curva de un niño individual cruce, hacia abajo o hacia arriba, las líneas de los percentiles (a no ser que el descenso del percentil sea tan rápido que cumpla los criterios antes citados de retraso del crecimiento).

V.- No tiene sentido pasar a los niños cada semana

El peso aumenta después de mamar y disminuye al orinar o defecar. En un período corto, las variaciones accidentales del peso y los errores de medida son tan grandes en relación con el aumento esperado, que es absolutamente imposible valorar el resultado. **Salvo en los primeros**

días, hasta que recupera el peso del nacimiento, es inútil (y se presta a graves errores) pesar al bebé más de una vez al mes (o de una vez cada 2 meses en el segundo semestre).

VI.- No se ha demostrado la eficacia del control del peso

Una reciente revisión sistemática¹⁰ sólo ha conseguido encontrar un estudio (publicado en la India en 1.993) en que se comparan seis aldeas en que se pesaba a los bebés cada mes, y otras seis aldeas en que no se pesaba a los niños de forma rutinaria. Dos veces al año se pesaba y media a todos los niños en las doce aldeas para compararlos; no se observó ninguna diferencia en los 30 meses del estudio.

No existe ningún otro estudio sobre el tema en países desarrollados ni en desarrollo. Nadie ha demostrado que el pesar y medir a los niños regularmente aumente su peso o su talla. Nadie ha demostrado que disminuya su mortalidad o morbilidad. Nadie ha demostrado que las ventajas de pesar regularmente a los niños superen a los posibles efectos secundarios (angustia familiar, pruebas diagnósticas innecesarias, falsos diagnósticos, abandono de la lactancia materna, introducción precoz de alimentos complementarios, administración innecesaria de vitaminas y jarabes “para abrir el apetito...”).

Los autores de la mencionada revisión concluyen: “Parece improbable que los profesionales sanitarios en los países desarrollados dejen de pesar a los niños. El propósito de tales pesadas, unos criterios claros para actuar y un curso de acción adecuado deben estar claramente definidos si queremos evitar el peligro de hacer más daño que provecho”.

d) Estado general

La variabilidad individual en el peso es muy grande. Un niño de 2 meses que pesa 4.400 g está dentro de lo “normal”. Otro que pesa 6.400 g, también. Pero, evidentemente, un niño cuya genética correspondía a 6.400 g pero sólo pesa 4.400 g no esta nada “normal”. Esto es una prueba más de la poca fiabilidad diagnóstica del peso para valorar problemas nutricionales: no sólo hay falsos positivos (niños por debajo de la desviación -2 que sin embargo están sanos), sino también falsos negativos (niños de peso normal pero que necesitan más comida). El estado general (tono, actividad, alegría, hidratación, textura de la piel...) nos ayuda a diferenciar entre dos niños que pesan lo mismo, pero de los cuales uno “pasa hambre” y el otro no.

Métodos inútiles para saber si hay suficiente leche:

- . Doble pesada: la producción es variable de una toma a otra; la madre se puede sentir “examinada” y el miedo inhibe la secreción de oxitocina.
- . “Biberón de prueba”: el que el niño se tome un biberón no significa que pasase hambre. Durante los primeros meses, suelen aceptar el biberón aunque no lo necesiten
- . Sacarse leche: el ordeño es un arte, y muchas madres apenas consiguen unos mililitros las primeras veces.

3.- Diagnóstico diferencial de la hipogaláctica verdadera

Hipotiroidismo

Habitualmente, el hipotiroidismo no tratado impide la gestación. Sin embargo, algunas madres con hipotiroidismo leve no diagnosticado dan a luz y tienen problemas para amamantar. El tratamiento hormonal sustitutivo permite mantener la lactancia¹¹.

Retención de placenta

Los estrógenos y gestágenos producidos por la placenta inhiben la lactogenesis¹².

Agnesia de tejido mamario

Sumamente rara, las mamas pueden ser hipoplásicas, los niveles de prolactina son normales y la producción de leche es muy baja pese a todos los esfuerzos¹³.

Cirugía

Casi siempre es posible la lactancia materna tras la cirugía de reducción mamaria, si la intervención ha conservado la conexión entre el tejido mamario y el pezón mediante una técnica de trasposición. Cuando se han seccionado conductos, con la técnica de trasplante del pezón, la lactancia es muy difícil. La mayoría de las madres, a pesar de las dificultades e incluso del fracaso, consideran que vale la pena intentarlo¹⁴.

Los implantes mamarios no suelen ser un gran obstáculo para la lactancia, pues la intervención no afecta al sistema glandular y de conductos. Las prótesis de silicona no contraindican la lactancia ni constituyen ningún peligro para el lactante^{15,16}.

Después de la cirugía conservadora y la radioterapia de un cáncer de mama, la lactancia es posible del pecho sano, y a veces también del pecho afecto¹⁷.

Síndrome de Sheenan

Es la necrosis de la hipófisis por falta de perfusión durante el parto¹⁸.

Anticonceptivos orales

Los que contienen niveles altos de estrógenos pueden disminuir la secreción de leche¹⁸.

Déficit congénito de prolactina

Hereditaria y sumamente rara, se han descrito un par de casos¹⁹.

En nuestro medio, la falta de alimento o bebida en la madre NO es causa de hipogaláctica. Sólo la desnutrición grave llega a afectar a la cantidad o calidad de la leche. Incluso una dieta hipocalórica de 1.764 kcal/día, se ha demostrado que no afecta a la producción y composición de la leche ni al aumento de peso del lactante²⁰.

REFERENCIAS

1. WALKER-SMITH, J.A., SANDHU, B.K., ISOLAURI, E., BANCHINI, G., VAN CAILLIE-BERTRAND, M., DIAS, J.A. et al. Recommendations for feeding in childhood gastroenteritis. Guidelines prepared by the ESPGAN Working Group on Acute Diarrhoea. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1.997; 24:619-620
- 2.- GOLDBERG, N.M., ADAMS, E. Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate – no really a necessity. Arch Dis Child 1.983; 58:73-4
- 3.- COOPER, W.O., ATHERTON, H.D., KAHANA, M., KOTAGAL, U.R. Increased incidence of severe breastfeeding malnutrition and hipernatrémica in a metropolitan area. Pediatrics 1.995; 96:957-960
- 4.- WHO Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth. Geneva: World Health Organization, 1.994. Doc WHO/NUT/94.8
- 5.- DEWEY, K.G., PEERSON, J. M., BROWN, K.H., KREBS, N.F., MICHAELSEN, K.F., PERSSON, L.A., SALMENPERA, L., WHITEHEAD, R.G., YEUNG, D.L. Growth of breast-fed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian and European data sets. Pediatrics 1.995; 96:495-503

- 6.- WHO Working Group on the Growth Reference Protocol and WHO Task Force on Methods for Natural Regulation of Fertility. Growth patterns of breastfed infants in seven countries. *Acta Paediatr* 2.000; 89:215-22
- 7.- GUO, S., ROCHE, A.F., FOMON, S.J., Y COLS. Reference data for gains in weight and length during the first two years of life. *J Pediatr* 1.991; 119:355-362
- 8.- NELSON, S.E., ROGERS, R.R., ZIEGLER, E.E. y cols. Gain in weight and length during early infancy. *Early Hum Dev* 1.989; 19:223-239
- 9.- FOMON, S.J. *Nutrición del lactante*. Mosby/Doyma libros, Madrid, 1.995
- 10.- GARNER, P., PANPANICH, R., LOGAN, S. Is routine growth monitoring effective? A Systematic review of trials. *Arch Dis Child* 2.000; 82:197-201
- 11.- RUIZ GUZMAN, L., RUGGERI, N., VALLS CIRERA, C., MARTIN, M.R. Enfermedades tiroideas y lactancia. Libro de ponencias y posters, I Congreso Español de Lactancia Materna, Valencia, 3, 4 y 5 de febrero 2.000. Pág. 122
- 12.- NEIFERT, M.R., MCDONOUGH, S.L., NEVILLE, M.C. Failure of lactogénesis associated with placental retention. *Am J Obstet Gynecol* 1.981; 17:31
- 13.- NEIFERT, M.R., SEACAT, J.M., JOBE, W.E. Lactation failure due to inadequate glandular development of the breast. *Pediatrics* 1.985; 76:823-828
- 14.- HUGHES, V., OWEN, J. Is breast-feeding possible after breast surgery? *Am J Matern Child Nurs* 1.993; 18:213-217
- 15.- BERLIN, C.M. Silicone breast implants and breast-feeding. *Pediatrics* 1.994; 94:547-549
- 16.- JORDAN, M.E., BLUM, R.W.M. Should breast-feeding by women with silicone implants be recommended? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1.996; 150:880-881
- 17.- HIGGINS, S., HAFFTY, B.G. Pregnancy and lactation after breast-conserving therapy for early stage breast cancer. *Cancer* 1.994; 73:2.175-2.180
- 18.- LAWRENCE, R.A., LAWRENCE, R.M. *Breastfeeding. A guide for the medical profession*. 5th ed. St Louis, Mosby, 1.999
- 19.- ZARGAR, A.H., MASOODI, S.R., LAWAY, B.A., SHAH, N.A., SALAHUDIN, M. Familial puerperal alactogenesis: possibility of a genetically transmitted isolated prolactin deficiency. *Br J Obstet Gynaecol* 1.997; 104:629-31
- 20.- DUSDIEKER, L.B., HEMINGWAY, D.L., STUMBO, P.J. Is milk production impaired by dieting during lactation? *Am J Clin Nutr* 1.994; 59:833-840