

¿Es posible tener una baja producción de leche?

La lactancia materna se promueve encarecidamente en las estrategias de salud maternoinfantil, fundamentalmente por los beneficios para las y los recién nacidos. Aún siendo la opción de alimentación infantil elegida mayoritariamente por las mujeres, existe una tasa de abandono del 40-50% en las primeras semanas tras el nacimiento, en relación a complicaciones de la madre o/y el lactante en el proceso de la instauración de la lactancia. Son mayoritarios los problemas en relación a las molestias físicas (dolor en los pezones, mastitis, cansancio...) y la incertidumbre de las mujeres sobre la adecuación de su producción de leche y la satisfacción del bebé. Es más, se aprecia poca variación en la casuística de abandonos tempranos desde hace más de una década, incluso tratando de mejorar las políticas de promoción, y en diferentes entornos (EEUU, Canadá, Brasil, Ecuador), incluso en el español, como demuestran algunos de los estudios publicados en los últimos años.

La baja producción de leche responde a múltiples factores, que han de ser evaluados cuidadosamente. **La mayor parte de las veces se produce por dificultades de succión de los bebés, que aunque sean maduros y sanos pueden tener causas anatómicas o personales que dificulten la succión efectiva**, puede que aparentemente mamen pero obtengan poca leche y eso, en pocos días, supone una reducción en la capacidad de producción materna: **cuanto menos leche se saque, menos se produce**. También hay que reconocer y valorar que una mujer puede sufrir alguna razón médica, por menos frecuentes que éstas sean, para tener una escasa producción de leche. Resulta, en ocasiones, difícil de demostrar si no se buscan activamente las posibles causas.

ANATOMÍA DE LA MAMA

Para comprender las principales causas de una baja producción de leche es importante hacer primero un repaso de la anatomía y desarrollo de la glándula mamaria. La glándula mamaria femenina se caracteriza por modificaciones drásticas en su composición, arquitectura y funcionalidad, que definen las etapas fisiológicas de desarrollo a lo largo de la vida de la mujer; modificaciones todas ellas cuyo único objetivo es permitirle realizar su función como órgano productor de leche tras el nacimiento de un bebé.

A diferencia de la mayoría de los demás órganos del cuerpo, que se desarrollan hasta un estado relativamente maduro durante la vida embrionaria, la glándula mamaria alcanza un estado funcional maduro solo durante el ciclo de embarazo y lactancia en la mujer adulta. Por lo tanto, ésta es la etapa de desarrollo más importante de la mama, caracterizada por una muy alta demanda metabólica que requiere aproximadamente el 25 % de la ingesta energética diaria de la madre para producir leche. La pubertad induce un rápido crecimiento de la mama, impulsado por la ovulación y el establecimiento de ciclos menstruales regulares. El aumento del tamaño de los pechos se debe principalmente a un mayor acúmulo de tejido graso en el interior de la mama, así como un cierto desarrollo del tejido glandular, mediados por el circuito de hormonas procedentes de los ovarios, que actúan sobre éste. Por lo tanto, este desarrollo glandular continúa gradualmente durante toda la adolescencia hasta aproximadamente los 35 años.

Aunque con cada ciclo menstrual se produce una pequeña remodelación de la mama, no es hasta el ciclo de embarazo y lactancia que se produce una remodelación completa de la misma, que gradualmente se transforma en un órgano maduro y completamente funcional.

Desde el principio del embarazo, con el aumento de hormonas circulantes como la prolactina, estrógenos y progesterona (entre otras), las células de la glándula mamaria comienzan a reproducirse para desarrollar nuevas ramificaciones de conductos y alvéolos glandulares.

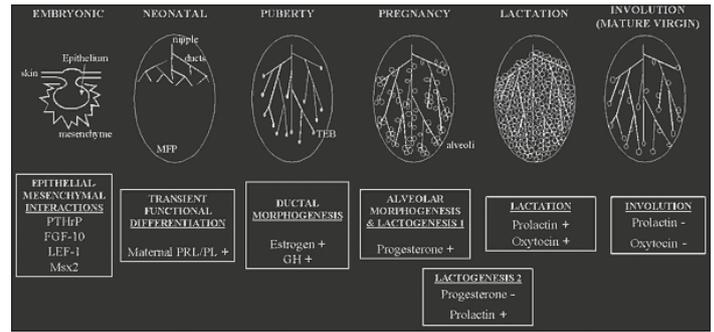
En el segundo trimestre del embarazo, después de la etapa de crecimiento, el aumento gradual del nivel de prolactina estimula la diferenciación celular en los alvéolos hacia células secretoras, llamadas lactocitos, productores de leche (*lactogénesis I*). Se produce alrededor de las 24 semanas de gestación y a menudo va acompañada de la acumulación del primer calostro dentro de los alvéolos y conductos.

Los cambios en la mama inducidos por el embarazo se reflejan clínicamente como un aumento del volumen mamario, y en la mayoría de las mujeres, finalizan hacia la semana 22. Sin embargo, este crecimiento es muy diferente de unas mujeres a otras, pudiendo no ser apreciado en algunos casos.

Tras el parto, la activación secretora (*lactogénesis II*) permite una rápida regulación de la síntesis de leche y normalmente se produce a las 48-72 horas, desencadenada por una disminución de la progesterona en sangre (después del alumbramiento de la placenta) y el aumento de los niveles de prolactina. Los niveles de prolactina en sangre son altos en la primera etapa de la lactancia y disminuyen gradualmente a medida que esta progresa, también es imprescindible la presencia adecuada de otras hormonas de sostén, como: insulina, tiroxina, hormona de crecimiento y cortisol, entre otras.

En mujeres con parto prematuro, antes de las 28 semanas, esta activación secretora de la lactogénesis II puede verse dificultada y retrasada debido a una pronta interrupción en el desarrollo de la mama.

El calostro está presente los primeros 3-5 días posteriores al parto, seguido de la leche de transición hasta unas 2-3 semanas postparto, para dar paso después a la leche madura. La producción copiosa de leche, entre 300/500 ml de leche diaria tiene



Vista general del desarrollo mamario. De <http://www.endotext.org/pregnancy/pregnancy5.htm>

que producirse en las primeras 2 semanas, para satisfacer las necesidades óptimas de los bebés a término. Luego se incrementará al doble de la 2 a la 4ª semana (600-1000 ml), hasta estabilizarse durante tres meses, de máximas necesidades de crecimiento de los bebés humanos. Las fluctuaciones posteriores no tendrán influencia decisiva, dependerán del apetito y circunstancias del bebé y la madre.

La cantidad adecuada de producción de leche materna es la base fundamental para la continuidad de la lactancia, el tiempo que madre e hijo/a decidan.

CAUSAS DE BAJA PRODUCCIÓN DE LECHE

1. Debidas a problemas en la succión del bebé: son las más frecuentes y sobre las que debemos intervenir en etapas precoces, para favorecer un adecuado acoplamiento entre la madre y el bebé con una extracción temprana y efectiva, que asegure la producción copiosa de leche, mientras el bebé supera sus dificultades.

Pueden deberse a una escasa transferencia de leche del pecho a la boca del bebé; como un frenillo anquiloglosia, inmadurez neurológica en la succión por prematuridad, enfermedad neonatal y complicaciones durante el embarazo o nacimiento, que pueden causar asimetrías, hipertonías, tortícolis, etc.

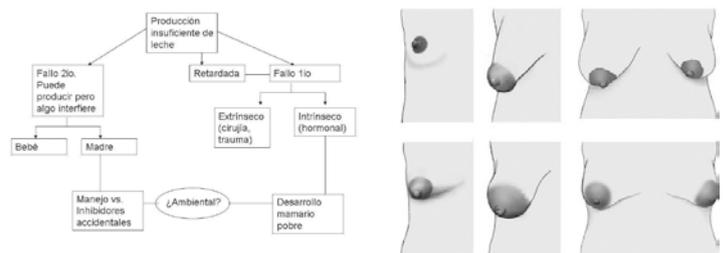
Estas causas pueden ser corregidas con el apoyo de un equipo experimentado en el lactancia materna, fisioterapia, e incluso cirugía pediátrica, cuando el caso lo requiera.

2. Debidas a problemas maternos de origen anatómico, obstétrico, neuroendocrinos. En este grupo debemos también distinguir dos grupos principales:

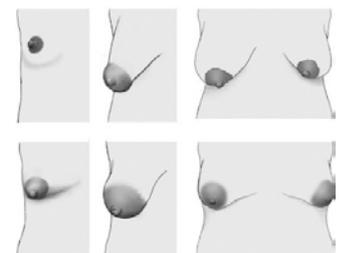
- **Hipogalactia transitoria:** puede ser debida a una retención de placenta tras el parto, lo cual inhibe la cascada hormonal necesaria para la puesta en marcha de la producción de leche tras su eliminación con el alumbramiento (lactogénesis II); así mismo, se ha observado que en mujeres con obesidad importante o Diabetes Mellitus (DM) puede darse un retraso en la subida de leche o leche menos calórica; también, tras un episodio infeccioso como una mastitis puede observarse un descenso temporal en la producción

de leche. La toma de algunos medicamentos puede también inhibir la producción de leche (derivados ergot, algunos antihistamínicos, prostaglandinas), es importante valorar siempre qué medicamentos toma la madre o se han administrado en el hospital.

- **Hipogalactia permanente** (aunque no siempre irreversible). En estos casos, suele haber una cierta hipoplasia, o falta de desarrollo de la glándula mamaria, en etapas previas al embarazo que dificulta la adecuada producción de leche a pesar de tener un estímulo adecuado. Entre las principales causas endocrinológicas y nutricionales se encuentran la Diabetes Mellitus (DM), el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), la disfunción tiroidea (hiper o hipotiroidismo, especialmente éste último), amenorreas secundarias a trastornos de la conducta alimentaria, el síndrome de Sheehan por una hemorragia masiva tras el nacimiento y que afecta a la hipófisis, incluso anemias severas tras el nacimiento, entre otras. También la cirugía estética del pecho, especialmente la de reducción, u otras del tórax, pueden lesionar una parte del tejido mamario o de los conductos galactóforos, impidiendo una producción suficiente de leche o la transmisión del reflejo de succión-eyeción.



Lisa Marlasco, 2009



Hipoplasia mamaria, por Carlos Gómez (cicloimagenagnostico.com)

¿CÓMO SABER SI TENGO UNA ESCASA PRODUCCIÓN DE LECHE?

Lo primero es reconocer los signos de la misma. Se define la hipogalactia como una escasa producción de leche, que resulta insuficiente para la correcta alimentación dellactante. Los principales signos indicativos de una escasa transferencia de leche madre- bebé (ya sea por escasa producción o dificultad para la ingesta) son:

· El bebé no recupera su peso de nacimiento a los 10 días o pierde más de un 7% de peso en sus primeras 48/72 horas, o aumenta menos de 30gr diarios en las primeras 6 semanas (usando como referencia las tablas de la OMS, hechas para niños y niñas amantados de 0-2 años).

· El bebé moja menos de seis pañales diarios de pis, y que las heces del bebé sean escasas, oscuras o verdosas, en las primeras 2 semanas:

· La madre no logra una extracción suficiente de leche a pesar de utilizar un extractor con accesorios idóneos a su anatomía y técnica adecuada durante varios días.

La cantidad ideal a obtener tras varios días de extracción efectiva y frecuente, está entre 250ml/500 ml. Si se obtiene menos podemos estar ante una hipogalactia moderada o severa.

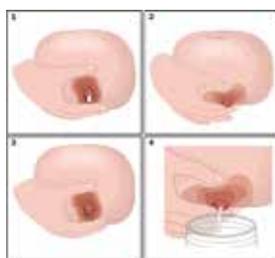
· Otros signos indirectos pueden ser: la madre no nota la subida de leche, bebés irritables al pecho o demasiado adormilados, con dificultades en el agarre, tomas excesivamente largas, llanto inconsolable.

	Guías antiguas	Basado en evidencia*
Perdida inicial de peso	Hasta 10%	Hasta 7%
Empieza a recuperar	A los 7-10 días	A los 2-4 días
Vuelta al peso normal	A los 2 (or 3) semanas	A los 2 to 7 días
Garancia aceptable	20 g/días	30-45 g/días

Andrea Cuevas

VALORACIÓN DE LA LACTANCIA A TRAVÉS DE LOS PAÑALES	
Pañales mojados	Pañales con heces
1-2 días	Más de 2 veces
3-4 días	Más de 2 veces
5-6 días	Más de 2 veces
7-8 días	Más de 2 veces
9-10 días	Más de 2 veces
11-12 días	Más de 2 veces
13-14 días	Más de 2 veces
15-16 días	Más de 2 veces
17-18 días	Más de 2 veces
19-20 días	Más de 2 veces
21-22 días	Más de 2 veces
23-24 días	Más de 2 veces
25-26 días	Más de 2 veces
27-28 días	Más de 2 veces
29-30 días	Más de 2 veces
31-32 días	Más de 2 veces
33-34 días	Más de 2 veces
35-36 días	Más de 2 veces
37-38 días	Más de 2 veces
39-40 días	Más de 2 veces
41-42 días	Más de 2 veces
43-44 días	Más de 2 veces
45-46 días	Más de 2 veces
47-48 días	Más de 2 veces
49-50 días	Más de 2 veces
51-52 días	Más de 2 veces
53-54 días	Más de 2 veces
55-56 días	Más de 2 veces
57-58 días	Más de 2 veces
59-60 días	Más de 2 veces
61-62 días	Más de 2 veces
63-64 días	Más de 2 veces
65-66 días	Más de 2 veces
67-68 días	Más de 2 veces
69-70 días	Más de 2 veces
71-72 días	Más de 2 veces
73-74 días	Más de 2 veces
75-76 días	Más de 2 veces
77-78 días	Más de 2 veces
79-80 días	Más de 2 veces
81-82 días	Más de 2 veces
83-84 días	Más de 2 veces
85-86 días	Más de 2 veces
87-88 días	Más de 2 veces
89-90 días	Más de 2 veces
91-92 días	Más de 2 veces
93-94 días	Más de 2 veces
95-96 días	Más de 2 veces
97-98 días	Más de 2 veces
99-100 días	Más de 2 veces

Andrea Cuevas



- Al principio, solo se verán unas gotas. Recógelas con una jeringa; pide ayuda a alguien mientras aprendes. Con la práctica y el tiempo, la extracción resultará más fácil y rápida, y notarás un aumento en la cantidad de leche extraída.

- Cuando no salgan más gotas, mueve los dedos y prueba en otra sección del pecho; por último, vete al otro pecho.

British Journal of Midwifery, April 2015, Vol 23, Nº 4

¿Cómo es la extracción con sacaleches?

- Los extractores y sus accesorios son caros y no son fácilmente accesibles, por lo que los servicios sanitarios deberían proporcionarlos a las mujeres que amamantan con dificultades. **En nuestra asociación tratamos de facilitar bombas de los dos pechos a la vez, en régimen de préstamo y alquiler, y enseñar su uso previamente.**

- La adaptación de los embudos al pecho de cada madre es fundamental, siendo necesarios embudos grandes, generalmente a partir de 30 mm, para extraer leche de forma más efectiva, ya que el pezón y la areola se modifican enormemente con el vacío y la succión que ejercen los aparatos mecánicos. La gran mayoría de los extractores se venden con tallas de embudo pequeñas, de 24 mm, y sin capacidad de adaptación de otras tallas. Gran parte de las mujeres que desembolsan esfuerzo y dinero en su compra, no les sirve de gran cosa. **El mercado está lleno de sacaleches inútiles.**

- Para mantener la higiene de los equipos de extracción, biberones y otros accesorios, éstos se pueden conservar en frío, dentro de una bolsa higiénica con autocierre y lavándolos energicamente sólo una vez al día, al final de la jornada. Se separan todas las piezas, se sumergen en agua caliente y jabón, se cepillan exhaustivamente, se aclaran y se dejan secando al aire, sobre un trapo o papel limpios; puede complementarse con un proceso de calor diario en lavavajillas o esterilizadores, cada 2/3 días.

- La leche materna extraída se conserva como media: 5 horas a temperatura ambiente, 5 días en la nevera y 5 meses en el congelador. Para calentarlo, solo precisas un pequeño golpe de calor; si te sobra tras la toma, puede volver a nevera para un nuevo uso. Se pueden juntar leches de diferentes extracciones pero a una temperatura homogénea. La leche congelada, tras su descongelación, se conserva 24 horas.

3) UNA HISTORIA CLÍNICA DETALLADA DE LA MADRE DE SUS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y ENDOCRINOLÓGICOS, desde la menarquia (primera regla), puede aportar muchas pistas para sospechar cualquiera de esas condiciones, que puede ser confirmada mediante una simple exploración física de las mamas y una analítica básica de sangre que incluya hormonas como: prolactina, tiroideas, gonadotrópicas y androgénicas, principalmente; además de valorar anemias.

- **En ocasiones y previamente se le puede recomendar a la mujer, ante la sospecha de dificultades de producción cuantiosa de leche que cree un banco de calostro, mediante un proceso que implica la extracción prenatal de calostro y su almacenamiento.** Entre las ventajas se incluyen: un establecimiento más rápido de la "lactancia completa", una mayor confianza en la extracción manual y un menor estrés acerca de la producción de leche materna en el posparto inmediato. Se considera seguro iniciarla en embarazos sin complicaciones y a partir 35 semanas, se almacena en pequeños tubos o jeringuillas de 1 ml y se congelan hasta el nacimiento.

- **Algunos medicamentos como la domperidona, son llamados galactogogos y pueden ayudar a aumentar parcialmente la producción (poco más del 10%);** se utiliza en dosis de 10 mg/3 veces al día, si tras 48 h o 72 h, no se notan cambios en el pecho o en el volumen de las extracciones, es que no parece lograrse ese efecto.

Existen plantas medicinales que también pueden ayudar a aumentar la producción, aunque hay menos referencias, como son principalmente el fenogreco y el cardo mariano en altas dosis, según se refiere en la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia, publicada por el Ministerio de Sanidad en el 2017.

- **Medicamentos como la metformina pueden resultar útiles en el caso del SOP y la resistencia a la insulina.** Será el médico de atención primaria o especialista quien recomiende el tratamiento más adecuado a cada caso.

Las madres con verdadera dificultad para producir leche necesitan de mucho apoyo, no solo para aumentar su producción, sino también para asumir esta situación sin que ello suponga el total abandono de la lactancia o una frustración por no haber podido amamantar a sus bebés. Re-establecer una lactancia parcial y complementada con otra leche o alimentos, supone un sobre-esfuerzo para la madre y el bebé que han de ser reconocidos y acompañados en todo momento.

Inés Zamanillo Rojo. Médica de Familia. Máster en Salud Pública por la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Médica de Urgencias del Sanatorio Covadonga de Gijón. Voluntaria de la Asociación Amamantar desde 2012.

Helena Herrero Martínez. Graduada Universitaria en Enfermería y Consultora en Lactancia Materna (IBCLC) desde 2.004. Especializada en Género y Salud. Voluntaria desde hace 20 años en la organización y atención a madres en la Asociación Amamantar. Ponente en cursos y jornadas en relación a la lactancia materna.

Andrea Cueva Alonso. Graduada Universitaria en Enfermería y Consultora en Lactancia Materna (IBCLC) desde 2.014. Enfermera y consultora en actividad privada.

¿QUÉ PUEDO HACER?

1. LO FUNDAMENTAL EN PRIMER LUGAR ES VALORAR SI EL BEBÉ NECESITA SUPLEMENTOS DE LECHE. Una adecuada alimentación en las primeras semanas es fundamental para el adecuado desarrollo de los bebés, al ritmo antes indicado.

La suplementación se puede llevar a cabo con leche de fórmula y, en ocasiones, es una medida transitoria hasta que la madre intenta aumentar su producción; posteriormente y, en los casos en los que no sea posible cubrir las necesidades del bebé, puede quedar instaurada de forma definitiva y complementaria a la leche materna que en menor o mayor cantidad logre producir la madre.

Puede darse con vasitos pequeños o biberones de poco flujo y tetinas clásicas de punta redondeada (no achatada), que favorezcan un agarre amplio y un buen sellado, como en el pecho; facilitando así un buen agarre y una transición óptima entre pecho y tetina. A pesar de la propaganda que la acompaña, desaconsejamos expresamente la tetina "Calma" de Medela.

Si necesitas usar leche artificial, es importante que sepas:

1) La mezcla de polvo y agua (grifo o embotellada) ha de hacerse en caliente (alrededor de 70°), el polvo no es estéril y así se pasteuriza domésticamente.

2) Una vez preparada la mezcla, se puede usar durante 4 horas sin volver a recalentar, a temperatura ambiente; pasadas esas horas, ha de desecharse.

2. INICIAR TEMPRANAMENTE UNA EXTRACCIÓN EFECTIVA Y CÓMODA. La extracción mecánica y manual no son prácticas instintivas, necesitan de un asesoramiento y aprendizaje.

- **Puede ser necesario extraerse la leche varias veces al día, tras alguna de las tomas o en sustitución de las mismas, especialmente cuando la causa de la escasez de leche sea una dificultad de succión del bebé,** que haya causado problemas, no sólo en su alimentación, sino en la producción copiosa de leche de la madre. En general, se extrae más leche desde la madrugada hasta primera hora de la tarde (6 am-16 pm); así que para obtener más leche, mejor extraer mayor número de veces en ese intervalo que el de la tarde/noche (16 pm-24 pm). Es favorecedor para la recuperación postparto de la madre, descansar 5/6 horas seguidas, resultando necesario apoyo nocturno familiar para lograr este descanso.

- **En mujeres con poca capacidad de producción de leche materna, generalmente en casos de Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP), que haya provocado un escaso desarrollo mamario de uno o de los dos pechos, mantener 2/3 extracciones** tras las tomas del bebé puede ser suficiente, para intentar aumentar la producción de leche.

Es importante enseñar a todas las mujeres a extraerse leche manualmente de manera eficaz, ya que con esta técnica se pueden superar muchas de las primeras dificultades de la lactancia materna, es especialmente útil para extraer el calostro, los primeros 2-3 días.

¿Cómo es la extracción manual?

- Lavarse las manos.

- Preparar un recipiente para la recolección, como una jeringa pequeña (para empezar, basta con una jeringa de 1 ml o 2 ml) o un tubito pequeño.

- Puede ser útil darse calor antes de la extracción, aplicando una compresa caliente en el pecho, para estimular la salida del calostro.

- Masajear suavemente los pechos hacia el pezón durante unos minutos.

- Desliza los dedos por el pecho hacia el pezón hasta sentir un cambio en el tejido mamario (normalmente entre 2,5 y 4 cm antes del pezón).

- Coloca el pulgar por encima del pezón y los demás dedos por debajo, formando una letra "C" con la mano, como se muestra en la figura:

- Aprieta suavemente manteniendo el pulgar y los demás dedos en forma de "C". Esto no debe doler; no apriete el pezón directamente, ya que podría hacerse daño.

- Suelta la presión y repite desde el principio, intentando mantener un ritmo. Trata de no deslizar los dedos sobre la piel.



www.amamantarasturias.org
amamantarasturias@hotmail.com

C/ Laurel 12, bajo · Avilés

INFORMACIÓN GENERAL
647 80 10 30

ATENCIÓN PERSONALIZADA EN:
(previa cita por telef. o email)

AVILÉS: Punto de Apoyo en Asociación de Vecinos "El Camín",
c/ Bernardino Guardado, 19 -Bajo. Con cita previa:
647 80 10 30.

GIJÓN: Punto de Apoyo en C/ Puerto Cerredo, 8 - Bajo.
Con cita previa: 647 80 10 30.

OTROS TELÉFONOS INFORMACIÓN / CONSULTAS

OVIEDO Inés 610 37 15 30
GIJÓN Natalia 606 64 67 07
AVILÉS Ana Ardura 985 59 13 84
CANGAS DE OÑS Amparo (tardes) 620 12 86 66



instituto asturiano de la mujer