



Región de Murcia  
Consejería de Salud



# PROTOCOLO DE RESCATE A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



**Promueve y edita:**

© Región de Murcia  
Consejería de Salud  
Servicio Murciano de Salud

**Creative Commons License Deed**



La obra está bajo una licencia Creative Commons License Deed.

Se permite la libertad de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las condiciones de reconocimiento de autores, no usándola con fines comerciales. Al reutilizarla o distribuirla han de quedar bien claros los términos de esta licencia.

Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.

Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

©Autores: Servicio Murciano de Salud

©Diseño y maquetación: Servicio Murciano de Salud.

1ª Edición: Noviembre 2024.

## COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Irene Marín Marín. Directora General de Atención Hospitalaria.

Josefa Marín Hernández. Directora General de Atención Primaria.

María Jesús Ferrández Cámara. Subdirectora General de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial.

Alfonso Saez Yanguas. Subdirector General de Atención Primaria y Urgencias, Emergencias sanitarias 061.

Juan Manuel Lucas Gómez. Subdirector General de Cuidados y Cronicidad.

## COORDINACIÓN TÉCNICA

Beatriz Garnica Martínez. Pediatra. Coordinadora Regional de Pediatría.

M<sup>a</sup> del Rocío Pérez Crespo. Pediatra. Responsable de la IHAN del SMS.

Francisca Postigo Mota. Matrona. IBCLC. Subdirección general de Cuidados y Cronicidad

María Dolores Hernández Gil. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría.

Carmen Martínez Moreno. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría.

Esperanza Jiménez García. Enfermera. Coordinación Regional de Pediatría.

M<sup>a</sup> Isabel Lorca Sánchez. Auxiliar Administrativo. Coordinación Regional de Pediatría.

## AUTORA

Rocío Martín Gil Parra. IBCLC. Anestésista. Hospital Universitario Morales Meseguer.

## REVISIÓN

María Dolores Celdrán García. Matrona. Centro de Salud Las Torres de Cotillas.

Manuela Zaragoza Soler. Matrona. Centro de Salud de Archena.



### Revisado y validado por la Comisión Regional de Lactancia Materna:

M<sup>a</sup> Ángeles Castaño Molina (Área I)  
Esther Martínez Bienvenido. Matrona (Área II)  
David Harillo Acevedo (Área III)  
Rosario López-Sánchez Sánchez (Área IV)  
Mónica Hernández Martínez (Área V)  
Aurora Tomás Lizcano (Área VI)  
Yolanda López Benavente (Área VII)  
Juana M<sup>a</sup> García García (Área VIII)  
Encarnación Hernández Torres (Área IX)

### HISTÓRICO DE VERSIONES

Versión #	Elaborada por	Revisado por	Aprobada por	Fecha aprobación	Justificación nueva versión
1.0	Rocío Martín	M <sup>a</sup> Dolores Celdrán Manuela Zaragoza	Comisión Regional Lactancia Materna	6/11/20224	Creación Documento



## ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN <sup>1</sup> .....	6
2.- RECOMENDACIONES .....	8
3.- INDICACIONES DE SUPLEMENTACIÓN <sup>5,6</sup> .....	10
4.- ELECCIÓN DEL TIPO DE SUPLEMENTO .....	12
5.- VOLUMEN DEL SUPLEMENTO .....	13
6.- MÉTODO DE ADMINISTRACIÓN DE LOS SUPLEMENTOS .....	14
7.- INDICACIONES ERRÓNEAS DE SUPLEMENTACIÓN .....	15
8.- GALACTOGOGOS <sup>12,13,14</sup> .....	16
9.- RELACTACIÓN <sup>37</sup> .....	21
10.- INDUCCIÓN DE LA LACTANCIA <sup>38</sup> .....	23
11.- BIBLIOGRAFÍA .....	27



## 1.- INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

Si facilitamos que madre y bebé tengan la oportunidad de iniciar la lactancia, la mayoría de ellos lactará sin problemas. A pesar de que algunos bebés no consiguen realizar su primera toma durante el primer día, prácticamente todos lo conseguirán con el tiempo, con la información y el apoyo adecuados, y muy pocas intervenciones.

A pesar de las evidencias sólidas sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y de los perjuicios de la suplementación de bebés sanos, la administración de suplementos es demasiado habitual. Los suplementos de leche de fórmula disminuyen las tasas de lactancia materna exclusiva y la duración del amamantamiento. Por tanto, las actuaciones de profesionales sanitarios, hospitales e instituciones es crucial para promover y normalizar la lactancia materna, por lo que se recomienda el cumplimiento de los “10 pasos para una lactancia materna eficaz”<sup>2</sup>, base de la Iniciativa para la Humanización de la Lactancia y el Nacimiento.

Pequeños volúmenes de calostro son adecuados para el tamaño del estómago del neonato, previenen la hipoglucemia y facilitan que el bebé aprenda a coordinar la succión, la deglución y la respiración. Además, los recién nacidos sanos tienen agua corporal suficiente para sus necesidades metabólicas, incluso en climas cálidos. En este sentido, la leche materna es capaz de compensar las pérdidas insensibles de agua, debidas al sudor, la evaporación a través de la piel y la respiración.

Los recién nacidos pierden peso debido a la eliminación de agua extracelular mediante la orina, al pasar de la vida intrauterina a la extrauterina, y mediante el meconio. Según un estudio, la pérdida de peso media de los recién nacidos sanos es del 5,5 %; sin embargo, más del 20 % de los neonatos sanos pierde más del 7 % de peso. La mayoría de los bebés recupera el peso al nacimiento a los 8 días de vida, y prácticamente todos lo han conseguido a los 21 días postnacimiento. Debemos revisar la evolución de todos los bebés, pero la mayoría de ellos no requerirá suplementación. Debemos tener en cuenta que la pérdida excesiva de peso durante las primeras horas puede estar relacionada con la hiperhidratación materna durante el parto y no debe tenerse en cuenta en la valoración del inicio de la lactancia.

Algunas madres dudan de la capacidad del calostro de cubrir las necesidades del bebé y creen que tienen una producción de leche insuficiente. Estas madres pueden estar recibiendo informaciones erróneas sobre la necesidad de suplementación y se benefician de ayuda con la técnica de lactancia e información sobre la fisiología de la lactación y el comportamiento del bebé. La suplementación innecesaria durante la estancia hospitalaria puede minar la autoconfianza de la madre y puede dar

lugar a suplementación del bebé en el domicilio. La administración de suplementos de leche de fórmula, agua o suero glucosado puede disminuir la frecuencia de las tomas del bebé y la estimulación del pecho de la madre, lo que disminuye la producción de leche.

Algunos profesionales bienintencionados pueden recomendar suplementos para disminuir el estrés o el cansancio de la madre, o para prevenir o tratar una supuesta deshidratación del bebé, a pesar de que esto choca con su papel como promotor de la salud.

Por otra parte, hay muchas variables sociodemográficas y geográficas relacionadas con la administración de suplementos. Es importante reconocer estos factores y resolverlos de forma respetuosa.



## 2.- RECOMENDACIONES

### 2.1. Disminuir la necesidad de suplementación.

- a) La información durante el embarazo y el apoyo recibido durante la estancia hospitalaria inciden en las tasas de lactancia materna exclusiva.
- b) El personal en contacto con madres puérperas debe ser capaz de atender y asesorar la lactancia, especialmente cuando no hay otro personal especializado disponible.
- c) Tanto las madres como los profesionales sanitarios deben conocer los riesgos de la suplementación innecesaria.
- d) Los niños sanos deben estar en contacto piel con piel con su madre inmediatamente después del parto. El tiempo transcurrido entre el nacimiento y el inicio de la lactancia se relaciona directamente con el uso de leche de fórmula y puede afectar a la producción futura de leche.
- e) La madre y el niño deben permanecer en la misma habitación durante las 24 horas para responder a los signos de predisposición para la toma, aprovechar las oportunidades para amamantar y dar lugar a la lactogénesis II.
- f) Si la separación madre-bebé es inevitable y la producción de leche no está bien establecida, o la transferencia de leche es inadecuada, debemos informar y animar a la madre para que se saque leche manualmente o con sacaleches. La extracción de leche debe empezar durante la primera hora postnacimiento y realizarse cada 2-3 horas o cada vez que mame el bebé. Se debe evitar la ingurgitación mamaria.

### 2.2. Evaluar precozmente la necesidad de suplementación

Si el niño no está obteniendo la leche necesaria, debemos<sup>3</sup>:

- a) Reforzar la confianza de la madre. Explicarle las posibles causas de ingesta insuficiente y que su pecho es capaz de producir más leche.
- b) Ayudarle a mejorar el agarre. Se debe evaluar la posición, el agarre y la transferencia de leche antes de indicar suplementos. Esta evaluación la debe realizar un profesional sanitario con experiencia en lactancia, siempre que sea posible.
- c) Indicarle que el bebé debe hacer al menos 8 tomas al día, o más, si muestra predisposición para mamar.

- d) Explicarle la importancia de que el bebé lacte tanto tiempo como quiera, y de ofrecerle ambos pechos.
- e) Avisar al personal médico si la madre o el niño cumplen algún criterio de suplementación.
- f) Si el niño está tomando suplementos, recomendarle que use una taza en lugar de biberón, que se ofrecerá después de la toma, y explicarle cómo reducirlos.
- g) Revisar a madre e hijo con frecuencia.

### **2.3. Determinar cuándo están indicados los suplementos y darlos con precaución.**

- a) La indicación de suplementos debe personalizarse.
- b) No se deben dar suplementos a los bebés amamantados sin indicación médica<sup>4</sup>. Los hospitales deben desarrollar políticas que incluyan la necesidad de indicación médica de los suplementos. Si los suplementos no están médicamente indicados, los profesionales sanitarios son responsables de dar información completa a los padres sobre los beneficios y riesgos de la suplementación, documentarla, obtener un consentimiento informado, registrar su decisión, y posteriormente apoyar su decisión informada.
- c) Se deben registrar todos los suplementos administrados, incluyendo el volumen, el método y la indicación médica o la razón por la que se dan.
- d) Cuando hay indicación médica de suplementar, el objetivo principal es alimentar al bebé y optimizar la producción de leche mientras determinamos la causa de la ingesta inadecuada de leche, ya sea succión débil, transferencia de leche inadecuada o baja producción de leche. La suplementación debe realizarse de modo que se proteja la lactancia, dando exclusivamente el volumen necesario para la fisiología del recién nacido, evitando tetinas, estimulando el pecho materno mediante extracciones manuales o con sacaleches, y favoreciendo que el bebé continúe con la succión al pecho.
- e) Idealmente, las madres continuarán sacándose leche con frecuencia, preferentemente cada vez que el niño reciba un suplemento, o al menos 8 veces al día si el niño no se engancha al pecho. Se debe evitar la ingurgitación mamaria porque compromete la producción de leche y puede dar lugar a otras complicaciones.
- f) Se debe prever y discutir con los padres el fin de la suplementación desde el momento en que se inicia. Este paso puede generar ansiedad en los padres y en los profesionales. Se deben evaluar y tratar los factores subyacentes, y ayudar a las madres a maximizar su

producción de leche, mejorar el agarre, valorar la comodidad durante las tomas, y la ingesta de leche por parte del niño. Se debe hacer un seguimiento frecuente de la madre y del niño.



### 3.- INDICACIONES DE SUPLEMENTACIÓN<sup>5,6</sup>

#### 3.1. Indicaciones por parte del bebé.

- a) Hipoglucemia asintomática, diagnosticada mediante análisis de laboratorio (no mediante glucemia capilar realizada a pie de cama), que no responde a amamantamiento frecuente.
- b) Signos y síntomas que pueden indicar ingesta inadecuada de leche:
  - Deshidratación clínica o analítica (tomas infrecuentes, letargia, sodio elevado, etc.) que no mejora después de asesoramiento especializado y manejo adecuado de la lactancia.
  - Pérdida de peso superior al 8-10 % al 5º día o posteriormente, o pérdida de peso superior al percentil 75 para la edad.

Aunque la pérdida de peso del 8-10 % puede ser normal si todos los demás parámetros y la exploración física son normales, indica la necesidad de evaluación meticulosa y asesoramiento en lactancia. La pérdida de peso excesiva puede indicar baja producción o inadecuada ingesta de leche por parte del bebé, pero es necesaria una evaluación previa, y no ordenar directamente la suplementación del bebé.



Los normogramas de pérdida de peso para niños sanos están disponibles en:  
[www.newbornweight.org](http://www.newbornweight.org)

No debemos tomar decisiones importantes en relación con el uso de alimento suplementario en función del peso diario, ya que puede sufrir oscilaciones, sino que debemos apoyarnos en los cambios de peso tras varios días o una semana.

- Movimientos intestinales enlentecidos, con menos de 4 deposiciones al día durante el 4º día de vida, o persistencia de meconio el 5º día.

A pesar de que hay mucha variación entre los bebés, el patrón de eliminación puede ser útil para valorar la producción de leche. Los neonatos con más movimientos intestinales durante los primeros 5 días tienen menor pérdida de peso durante los primeros días, y expulsión de heces amarillas y recuperación del peso al nacimiento más precoces.

c) Hiperbilirrubinemia.

- La ictericia por baja ingesta del bebé se inicia típicamente al 2º-5º día y se caracteriza por pérdida de peso progresiva, deposiciones escasas o ausentes y cristales de ácido úrico.
- Ictericia de la lactancia, con niveles > 20-25 mg/dL en un niño sano. El diagnóstico debe incluir pruebas de laboratorio, en lugar de interrupción de la lactancia.

d) Lactantes con errores innatos del metabolismo<sup>7</sup>:

- Lactantes con galactosemia clásica, que precisan una fórmula especial libre de galactosa.
- Niños con enfermedad de orina en jarabe de arce, que deben ser alimentados con una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
- Niños con fenilcetonuria, que pueden tomar leche materna junto con una fórmula especial libre de fenilalanina, con monitorización.

### 3.2. Indicaciones por parte de la madre

- a) Infección materna por VIH si la alimentación sustitutiva es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.
- b) Retraso en la lactogénesis II e ingesta inadecuada de leche por parte del bebé.
- c) Insuficiencia glandular primaria (afecta a menos del 5 % de las mujeres).
- d) Patología mamaria que da lugar a producción de leche insuficiente.

- e) Interrupción temporal de la lactancia por fármacos (como quimioterapia) o separación temporal madre-bebé sin posibilidad de extracción de leche.
- f) Dolor intolerable durante las tomas que no se resuelve con intervenciones adecuadas.
- g) Herpes simple Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del bebé hasta que toda lesión activa se haya resuelto.

#### 4.- ELECCIÓN DEL TIPO DE SUPLEMENTO

La Organización Mundial de la Salud y UNICEF recomiendan las siguientes opciones de alimentación infantil, en orden de preferencia:

- Lactancia materna directa del pecho de la madre.
- Leche materna extraída del pecho de la madre.
- Leche materna de donante.
- Sustitutos adecuados de leche materna<sup>8</sup>.

Estos organismos oficiales sitúan a los sustitutos de leche materna (leche artificial) en cuarto lugar, por detrás de la leche materna directa o extraída y de la leche de donante.

El suplemento de primera elección es la leche de la propia madre. Durante los primeros días, la madre puede obtener mayores volúmenes de leche mediante extracción manual que mediante sacaleches, y puede aumentar la producción global de leche. Usar un sacaleches mecánico mientras se realiza masaje o compresión del pecho puede también aumentar el volumen de leche obtenido.

Si el volumen de calostro o leche de la propia madre no cubre las necesidades del bebé, la leche materna donada es preferible a otros suplementos.

Cuando no hay leche materna donada, la leche de fórmula hidrolizada puede ser preferible a la leche de fórmula estándar, ya que reduce la exposición a proteínas de leche de vaca y reduce los niveles de bilirrubina rápidamente, a pesar de estudios recientes que ponen en duda su capacidad de prevención de alergia. El uso de este tipo de leche puede transmitir el mensaje de que la necesidad de suplemento es temporal.

No es adecuado suplementar con suero glucosado ya que no es nutritivo ni reducen los niveles de bilirrubina, y puede causar hiponatremia.

Los riesgos de los distintos suplementos, como leche de fórmula, leche de soja o leche hidrolizada, se deben ponderar en función de los recursos de la familia, la edad del niño, el volumen necesario y el impacto potencial sobre la lactación.

## 5.- VOLUMEN DEL SUPLEMENTO

Numerosos estudios tratan de determinar el volumen de leche ingerido por los niños al pecho, con una variabilidad grande. Sin embargo, los niños alimentados con fórmula suelen tomar volúmenes mayores que los niños amamantados, por lo que parece que suelen estar sobrealimentados.

Dado que no hay estudios definitivos sobre el volumen de suplemento necesario, éste debemos guiarnos por la cantidad habitual de calostro, la capacidad del estómago del bebé, y la edad y las características antropométricas del bebé.

En la Tabla 1 se pone de manifiesto el volumen sugerido por toma para niños sanos a término, aunque se debe adaptar a la demanda del bebé.

VOLUMEN DE CALOSTRO QUE CONSUMEN LOS RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO SANOS	
Tiempo	Volumen por toma (ml)
0 – 24 horas	2 – 10 ml
24 – 48 horas	10 – 15 ml
48 – 72 horas	15 – 30 ml
72 – 96 horas	30 – 60 ml

Tabla 1: Volumen de calostro que consumen los recién nacidos a término sanos

Según el documento de relactación de la OMS<sup>9</sup> y otra publicación<sup>10</sup>, basada en los estudios de Shaw, los bebés menores de 6 meses necesitan entre 130 y 190 ml de leche artificial/kg/día, con una media de 150 ml/kg/día.



## 6.- MÉTODO DE ADMINISTRACIÓN DE LOS SUPLEMENTOS

Cuando son necesarios los suplementos, podemos utilizar distintas técnicas, como la nutrición suplementaria al pecho, la alimentación mediante vasito, cuchara, cuentagotas, técnica dedo-jeringa o finger-feeding, o biberón.

No está claro cuál es el método ideal, ya que todos tienen ventajas e inconvenientes, y la elección puede variar en función de las circunstancias de madre e hijo. A la hora de elegir la técnica, el profesional debe tener en cuenta su coste y disponibilidad, la facilidad de uso y limpieza, el confort del bebé durante la toma, el volumen que es capaz de tomar en 20-30 minutos, el tiempo previsto de uso, las preferencias maternas, la experiencia de los profesionales con la técnica, y el modo en el que el método puede influir en la técnica de lactancia.

Parece que la evitación del uso de tetinas y biberones puede ayudar al niño a recuperar la lactancia materna exclusiva.

Si las condiciones higiénicas son deficientes, la técnica de elección es la alimentación mediante vasito. El uso del vasito permite al niño controlar el ritmo de alimentación, parece una técnica segura para prematuros y parece proteger la duración de la lactancia en los bebés que precisan suplementación prolongada.

La alimentación suplementaria al pecho permite dar el suplemento a la vez que se estimula la mama para que aumente la producción de leche, mejora la succión del bebé y permite a la madre experimentar la lactancia directa, favoreciendo el contacto piel con piel. Sin embargo, algunas familias pueden encontrar este sistema difícil de usar y de limpiar, o relativamente caro, requerir un periodo de aprendizaje de la técnica, y es necesario que el bebé sea capaz de engancharse. Sobre este último punto, debemos tener en cuenta que algunos bebés que rechazan las tomas directas pueden recuperar el interés por mamar al iniciar la suplementación al pecho, por lo que no debemos descartar esta técnica a priori, ya que puede ser relativamente cómoda para suplementaciones prolongadas. La suplementación al pecho se puede realizar también con relactadores caseros.

El biberón es el método habitual para suplementar, pero su uso es controvertido porque se realiza mediante movimientos mandibulares y linguales diferentes a la alimentación al pecho, mediante flujos mayores que pueden dar lugar a mayores volúmenes de leche ingerida, innecesarios, e interfiere en el desarrollo bucal a largo plazo. Algunos expertos recomiendan una tetina de base

ancha y flujo lento, intentando imitar la succión al pecho y evitar la confusión tetina-pezón, pero hay pocos estudios al respecto.

Si se opta por el biberón, puede ser beneficioso marcar un ritmo para las tomas, especialmente en bebés prematuros.



## 7.- INDICACIONES ERRÓNEAS DE SUPLEMENTACIÓN

En estas circunstancias puede ser necesaria una evaluación y manejo de la lactancia, pero los suplementos no están indicados.

**7.1. Bebé sano a término, con peso adecuado para la edad gestacional, que está mamando, orinando y haciendo deposiciones adecuadamente, con pérdida de peso dentro de los parámetros habituales, y con niveles de bilirrubina no preocupantes.**

- a. Los neonatos suelen estar somnolientos después de un periodo de alerta inicial de 2 horas aproximadamente. A partir de entonces, tienen ciclos de sueño-vigilia, con uno o dos periodos adicionales de alerta en las siguientes 10 horas, hayan tomado alimento o no.
- b. Prestar atención a los signos de predisposición a la alimentación, mantener al bebé en contacto piel con piel con la madre, animarlo a mamar, y enseñar a la madre a sacarse leche pueden ser más adecuados que iniciar la suplementación de forma automática, incluso

después de 6, 8, 12 o hasta 24 horas tras el nacimiento. Como orientación, durante la primera semana, puede considerarse que “¡un niño despierto es un niño hambriento!” .

- c. Aumentar el tiempo en contacto piel con piel puede aumentar la frecuencia de las tomas.
- d. Una pérdida de peso del 10 % no es un indicador automático de necesidad de suplementación, pero sí implica una necesidad de evaluación del bebé.

## **7.2. Bebé que está irritable durante la noche o que está mamando continuamente durante muchas horas.**

- a. Las tomas constantes de corta duración son normales en los bebés, pero precisan de una observación de la toma, del comportamiento del bebé al pecho y de las mamas para asegurar que está haciendo un agarre adecuado y eficaz.
- b. Algunos bebés irritables tienen dolor, que debe ser evaluado.

## **7.3 . Madre agotada o somnolienta.**

- a. Es normal que las madres sientan cierto grado de fatiga. Sin embargo, sacar al bebé de la habitación para intentar disminuir la fatiga, no aumenta el tiempo de descanso materno y reduce las tasas de lactancia materna exclusiva. Si la madre tiene fatiga extrema, debemos valorar la seguridad de la madre y el bebé para disminuir el riesgo de caída o asfixia.
- b. El manejo de la lactancia puede optimizar las tomas del bebé y aumentar su satisfacción, así como mejorar el descanso de la madre.

## **8.- GALACTOGOGOS<sup>12,13,14</sup>**

Los galactogogos son fármacos o productos a los que se les atribuye un efecto facilitador de la producción de leche. Dado que la percepción de leche insuficiente es la causa más frecuente de destete precoz, tanto profesionales como madres han recurrido tradicionalmente a productos para inducir o aumentar la producción láctea.

Debido a esta demanda, la ABM elaboró un protocolo en 2011 en base a la evidencia, en el que se recogen los riesgos de algunas sustancias. Algunos estudios sugieren que debemos ser cautos en la recomendación de estas drogas, especialmente en las mujeres sin factores de riesgo de hipogalactia. Ningún estudio apoya el uso profiláctico de los galactogogos<sup>15</sup>.



Los galactogogos se han usado con frecuencia en el tratamiento de la insuficiente producción de leche. Las madres que no hacen tomas directas al pecho, sino que se sacan leche manualmente o con sacaleches suelen experimentar un descenso del volumen lácteo producido después de varias semanas y se pueden beneficiar del efecto de los galactogogos. En las unidades de cuidados intensivos neonatales son fármacos habituales, para estimular el inicio de la lactancia o aumentar la producción de leche. Otras indicaciones de los mismos son la inducción de la lactancia y la relactación.

#### CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE PUEDEN ESTAR INDICADOS LOS GALACTOGOGOS

- Volumen inadecuado de leche.
- Separación madre-hijo.
- Cuando disminuye la leche obtenida después de un periodo de extracción de leche manual o mecánica.
- Adopción.
- Relactación.

Estos tratamientos pueden estar indicados, bajo prescripción médica, una vez que fracasan las medidas no farmacológicas, como las tomas frecuentes y el drenaje frecuente de las mamas. Sin embargo, la recomendación puede ser errónea si no se realizan primero estas medidas ni se descartan primero otras posibles causas.

Las infusiones de hierbas no han demostrado eficacia aumentando la producción de leche, y pueden suponer un riesgo para el bebé. Algunas hierbas pueden tener actividad estrogénica e incluso disminuir la producción de leche, por lo que no se recomienda su consumo durante la lactancia. Otras sustancias como la cerveza o algunas bebidas alcohólicas a las que se atribuye en algunas culturas un supuesto efecto galactogogo pueden suponer igualmente un riesgo y no han demostrado utilidad.

Hay muy pocos estudios sobre la efectividad de la terapia hormonal con fines galactogogos. Además, debido a sus posibles efectos secundarios graves, no se recomienda su uso.

La domperidona es el fármaco de primera elección en la lactancia subóptima debido a su eficacia, sus efectos secundarios muy poco frecuentes en las madres y falta de efectos secundarios en niños. Cuando la domperidona no esté disponible, la metoclopramida puede ser una opción válida.

Los fármacos antipsicóticos, se acumulan en el sistema nervioso central y pueden causar efectos secundarios en el desarrollo del niño a medio y largo plazo, por lo que están desaconsejados.



## 8.1. Domperidona

La domperidona es un antagonista dopaminérgico, que atraviesa poco la barrera hematoencefálica. Es el único galactogogo que ha sido evaluado en ensayos clínicos aleatorizados y que parece seguro y eficaz aumentando la producción láctea. Por tanto, es el fármaco de elección para la lactancia inadecuada, dado que ha demostrado una mayor eficacia, con menores efectos secundarios y un paso mínimo a la leche materna.

El uso de la domperidona como galactogogo no está aprobado específicamente, pero esto no significa que su uso fuera de las indicaciones de prospecto (off-label) esté prohibido, sino que es responsabilidad del médico prescriptor, a la luz de la evidencia disponible, para dar respuesta a un problema de salud.

Según una revisión<sup>16</sup>, realizada a partir de tres estudios aleatorizado de moderada-alta calidad, la domperidona aumenta la producción de leche de forma significativa en mujeres con producción de leche inadecuada. En este sentido, algunos estudios de calidad muestran un aumento del volumen de leche en las madres de bebés prematuros<sup>17,18</sup>.

Por otra parte, una revisión Cochrane<sup>19</sup>, pone de manifiesto que el tratamiento con 30 mg de domperidona al día se asocia a un discreto aumento de la excreción de leche materna de 100 ml/día. Otros autores recomiendan dosis similares<sup>20,21,22</sup>.

Un estudio pequeño sugiere que hay algunas mujeres que pueden ser respondedoras, mientras que otras serían no-respondedoras, y que las primíparas pueden responder con mayores niveles de prolactina que las múltiparas<sup>23</sup>.

La mayoría de las mujeres responde en 3 ó 4 días, mientras que algunas responden en 24 horas y otras necesitan 2-3 semanas para conseguir la máxima eficacia<sup>24</sup>. Una vez que se optimiza la producción láctea con la domperidona, parece que se mantiene a pesar de suspender el tratamiento, aunque hacen falta más estudios para determinar la dosis y la duración más adecuadas<sup>25</sup>.

La domperidona está contraindicada en casos de hipersensibilidad y en determinadas patologías abdominales<sup>26</sup>.

Los efectos secundarios son poco frecuentes, e incluyen sequedad de boca, dolor de cabeza y espasmos abdominales. También se ha asociado a un incremento en los tumores de mama en animales de laboratorio, que no ha sido confirmado en humanos<sup>27</sup>.



El tratamiento crónico con domperidona a dosis altas en pacientes sensibles (ancianos y cardiopatas) puede asociarse a arritmia, por lo que se aconseja no exceder la dosis de 30 mg al día<sup>28</sup>.

A pesar de que se acepta su uso en la mayoría de los países desarrollados y se ha utilizado durante muchos años sin efectos adversos graves, la FDA de EEUU emitió una advertencia en contra de su uso intravenoso. Según la alerta de Health Canada<sup>29</sup>, las dosis mayores de 30 mg al día pueden aumentar el riesgo de arritmias y muerte súbita cardíaca en pacientes tratados con domperidona. En el mismo sentido, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó una alerta<sup>30</sup> debido a la notificación de nuevas reacciones adversas, en la que recomienda utilizar la domperidona a dosis bajas y durante el menor tiempo posible, y evitarla si el paciente tiene patología cardíaca, hepática o toma determinados fármacos que prolongan el intervalo QT o inhiben el citocromo CYP3A4, como la eritromicina o el ketoconazol.

Sin embargo, estas alertas han sido cuestionadas, y según el Protocolo de la ABM, no hay evidencia de que la administración oral se asocie con toxicidad en la madre. La publicación de Health Canada se basa únicamente en los resultados de dos trabajos, realizados con pacientes ancianos, por lo que otro estudio<sup>31</sup> considera que no es aplicable a las madres lactantes, en las que el riesgo es menor debido a su edad relativamente joven.

## 8.2. Metoclopramida

La metoclopramida es un fármaco antiemético, antagonista dopaminérgico, que aumenta los niveles de prolactina en la madre. Es el galactogogo más estudiado, y su efecto positivo parece ser dosis-dependiente, a dosis de 30 a 45 mg/día, sin demostrar eficacia con dosis más bajas. A pesar de su efecto dosis-respuesta, algunas madres no responden a ninguna dosis. Si la producción de leche no aumenta durante los primeros 7 días de terapia, es poco probable que un tratamiento prolongado sea eficaz.

La interrupción del tratamiento puede disminuir la producción de leche rápidamente, por lo que se recomienda la reducción progresiva de la dosis a lo largo de varias semanas (10 mg menos cada semana). Este galactogogo no está indicado en pacientes con historia de depresión, y su uso durante más de cuatro semanas parece aumentar el riesgo de depresión.

La metoclopramida se excreta y acumula en leche materna debido a su ionización y su pH básico. Aún así, la concentración que recibe el niño es muy baja como para producir efectos, mucho menor que la dosis pediátrica. Algunos autores han puesto de manifiesto molestias abdominales en los niños cuyas madres tomaban este fármaco, mientras que otros no encontraron efectos en los

niños. Las mujeres pueden sentir cansancio, cefalea, ansiedad, molestias intestinales y efectos secundarios extrapiramidales (1%). La domperidona es un fármaco que parece más seguro y eficaz que la metoclopramida.

Algunos autores han utilizado la metoclopramida sólo o en combinación con oxitocina intranasal para la inducción de la lactancia.

### 8.3. Sulpirida<sup>32,33,34,35</sup>

La sulpirida es un fármaco con efecto antipsicótico, antidepresivo y procinético que aumenta la Prolactina sérica y parece aumentar la producción de leche.

Se excreta en leche materna en cantidad moderada; sin embargo, no se han descrito efectos secundarios en bebés lactantes cuyas madres recibían este tratamiento, por lo que en [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org) se considera un fármaco seguro durante la lactancia.

La dosis recomendada es de 50mg/8-12 horas durante 1-4 semanas.

La sulpirida puede aumentar el riesgo de depresión en madres susceptibles. Por otra parte, puede inducir la prolongación del intervalo QT, por lo que se debe evitar en madres con patología cardíaca, alteraciones electrolíticas y en aquellas que toman fármacos antiarrítmicos, betabloqueantes, que prolonguen el intervalo QT, o que producen hipocalcemia.

### 8.4. Oxitocina

La oxitocina es una hormona que produce una contracción de las células mioepiteliales que rodean el alveolo mamario y dan lugar a la eyección de leche. Algunos estudios han puesto de manifiesto su capacidad para aumentar la producción de leche, sin afectar a la composición de la leche.

Según una revisión Cochrane<sup>36</sup>, la administración sublingual de oxitocina puede aumentar la producción de leche.





## 9.- RELACTACIÓN<sup>37</sup>

A pesar de las recomendaciones sobre el amamantamiento y su duración, muchos niños se destetan prematuramente, perdiendo los efectos beneficiosos de la lactancia y aumentando su riesgo de enfermar. Sin embargo, las madres que lo deseen pueden intentar recuperar la lactancia para el hijo actual o para un futuro nacimiento o adopción, mediante una relactación. Si la madre no ha estado embarazada nunca, el proceso se denomina inducción de la lactancia.

Según diversos autores, el éxito de la relactación depende de la motivación de la madre, la estimulación del pezón, y una atención sanitaria adecuada que refuerce la confianza de la madre. Además de estos, es necesario que el niño haga succiones al pecho, lo que depende a su vez de su disposición para mamar, de la edad que tenga, el tiempo desde la interrupción de la lactancia, cómo se haya alimentado desde entonces, y las causas de la misma. Respecto a la madre, también es importante el tiempo transcurrido desde que dejó de amamantar, el estado del pecho, su capacidad de interactuar con el menor, y su entorno.

Si el niño rechaza la succión al pecho, es necesaria la intervención de un profesional formado en lactancia con experiencia. Muchos niños que han perdido el interés por el pecho pueden recuperar las succiones con ayuda de un relactador o con otras intervenciones.

### 9.1. Indicaciones

- Lactancia materna subóptima.
- Destete precoz.
- Después de un periodo de separación madre-bebé.
- Enfermedad del menor.
- Prematuridad o patología neonatal.
- Intolerancia a la leche artificial.
- Falta de condiciones para una alimentación artificial adecuada.
- Emergencias o catástrofes.



## 9.2. Medidas esenciales

- Consejería en lactancia materna, para informar, motivar y apoyar a la madre, y resolver las causas tratables de dificultad.
- Estimulación del pecho con la succión del bebé, con extracciones frecuentes y mediante contacto piel con piel. Revisar la postura y el agarre, y recomendar de 8 a 12 tomas diarias al pecho, de ambos pechos, con una duración de al menos 10-15 minutos por pecho.
- Evitar el uso de chupetes.
- Uso de métodos de alimentación distintos a la tetina, preferentemente mediante suplementación al pecho.
- Monitorizar el peso del niño.
- Reposo, nutrición e hidratación adecuados.

Estas medidas pueden ser suficientes por sí mismas para aumentar la producción de leche.

## 9.3. Medidas especiales

Si las medidas descritas anteriormente no son suficientes, de modo que no aumenta la producción de leche o la ganancia de peso del bebé no es adecuada, pueden estar indicados los galactogogos.

## 9.4. Reducción de la cantidad de suplementos

Para poder disminuir el volumen de suplementos que le damos al menor se tienen que cumplir los siguientes requisitos:

- La ganancia de peso, valorada en una gráfica de crecimiento, tiene que ser adecuada, de modo que el percentil del niño se mantenga o tienda a aumentar.
- El bebé tiene que encontrarse bien, sin irritabilidad.
- Las tomas al pecho tienen que resultar cómodas para la madre y el niño. Un bebé incómodo, que realiza tomas continuas al pecho puede no estar preparado para un descenso del volumen de suplemento.

Si se cumplen estos requisitos, se puede reducir la cantidad de suplemento que toma el menor durante 24 horas, a un ritmo de 50 cc menos cada semana. Sin embargo, el descenso de los suplementos se debe personalizar, y puede oscilar entre 60 cc menos cada 3 días, hasta 30 cc menos cada 6 días. Incluso, puede haber semanas en las que el patrón de crecimiento, el

comportamiento del niño y el confort con las tomas no nos permitan la reducción de suplementos, o que tengamos que aumentarlos.

Durante un proceso de relactación, mi recomendación personal es mantener el volumen de suplemento relativamente estable, aumentando las tomas al pecho siempre que sea necesario. En ocasiones los días en los que se reduce bruscamente la cantidad de suplemento, van seguidos de días en los que el bebé demanda mucho más o está muy irritable, y resultan contraproducentes.

Si un menor, que recibe los suplementos mediante un relactador al pecho, se deja leche en el relactador en todas las tomas y la ganancia de peso es adecuada, puede ser indicativo de que tolera un ritmo más rápido de reducción de suplementos.



## 10.- INDUCCIÓN DE LA LACTANCIA<sup>38</sup>

La inducción de la lactancia consiste en la estimulación de la lactancia en una mujer que no ha estado embarazada previamente. Distintos organismos, como “The American Academy of Family Physicians” y la AAP recomiendan que se le ofrezca a las madres adoptivas la posibilidad de amamantar y ayudarle a conseguir producción de leche. Además, puede ser útil en caso de catástrofes naturales, emergencias, o fallecimiento de la madre lactante. En este último caso, un familiar o una amiga puede requerir una inducción de la lactancia. A pesar de las recomendaciones al respecto, hay muy pocos estudios sobre la lactancia inducida.

La clave de cualquier protocolo de inducción es la estimulación del pezón. De hecho, algunos protocolos recomiendan únicamente la estimulación del pezón cada 2-3 horas, simulando el patrón de succión del recién nacido.



Si la madre conoce la fecha de nacimiento del niño, puede prepararse para amamantar con semanas o meses de antelación, ya que es un proceso de puede requerir tiempo. Si no tiene tiempo para prepararse, puede amamantar con ayuda de un sistema de suplementación al pecho.

La lactación necesita un ambiente hormonal determinado, que se puede simular con tratamiento farmacológico. Los protocolos más conocidos recomiendan la utilización de anticonceptivos hormonales orales, generalmente con dosis altas de progesterona, para conseguir los niveles de estrógenos y progesterona similares a los del embarazo. Estas hormonas dan lugar a cambios estructurales en la glándula mamaria, pero frenan la lactación, por lo que hay que interrumpirlos para que ésta suceda, del mismo modo que los niveles hormonales decaen con la salida de la placenta.

Los antagonistas dopaminérgicos aumentan los niveles de prolactina, y se pueden usar antes y durante la lactancia.

Muchas madres van a necesitar suplementar con leche de fórmula o leche materna extraída. Dado que las tomas frecuentes aumentan la producción de leche, se recomienda que el niño mame al pecho siempre que reciba alimento, por lo que se recomiendan los métodos de nutrición suplementaria.

Las recomendaciones generalmente se basan en los resultados de casos clínicos, ya que los estudios al respecto son muy limitados. Según un artículo<sup>39</sup>, las madres que habían lactado previamente tenían más posibilidades de conseguir amamantar en exclusiva.

Las madres que intentan inducir su lactancia necesitan apoyo especial para conseguir el agarre o aprender a usar el aparataje que necesitan. Los médicos deben estar preparados para atenderla, o derivar a un Consultor Certificado en Lactancia Materna. Necesitan además apoyo emocional ya que pueden recibir críticas por parte de su entorno, que pueden considerar raro o poco natural la lactancia inducida, o considerar inútiles sus esfuerzos. Además, puede sentir un carrusel emocional tras la adopción o haber tenido que recorrer una gran distancia para reunirse con su hijo, a lo que se suma la demanda del amamantamiento o la extracción frecuente de leche. Todo esto debemos tenerlo en cuenta a la hora del inicio del proceso.

Aunque la mayoría de madres que deciden iniciar la lactancia adoptiva son conscientes del esfuerzo que implica, debemos explicarles que es difícil conseguir el amamantamiento exclusivo. Según algunos autores<sup>40</sup>, la principal razón de las madres para iniciar este camino es el establecimiento de la relación madre-bebé, además de los beneficios emocionales y el contacto con el bebé, quedando la producción de leche relegada a la sexta posición.



### 10.1. Protocolo de inducción de lactancia ordinario

Si la madre tiene tiempo para preparar su lactancia antes de la llegada del bebé, las recomendaciones pueden ser:

- **6 meses antes:** iniciar la toma de un anticonceptivo hormonal oral que contenga >1 mg de progesterona (preferentemente 2-3 mg), y no más de 0.035 mg de estrógeno, junto con domperidona 10 mg/8 horas durante una semana. Mantener ambos tratamientos hasta que falten 6 semanas para la llegada del bebé.
- **6 semanas antes:** suspender el tratamiento anticonceptivo, y continuar solo con la domperidona a dosis de 10 mg/8 horas. La suspensión de la terapia hormonal puede acompañarse de sangrado menstrual. La falta de menstruación puede indicar un embarazo. Iniciar la extracción de leche cada 3 horas.
- **1 mes antes de la llegada del bebé:** continuar con el tratamiento con domperidona 10mg/8 horas y con las extracciones cada 3 horas diurnas, junto con al menos una extracción nocturna.

El protocolo<sup>41</sup> en el que se basan nuestras recomendaciones indica dosis altas de domperidona, que no coinciden con las evidencias científicas; la toma de dos productos herbales a los que se les atribuye un efecto galactogogo que no está demostrado, por lo que los omitimos; y la ingesta de harina de avena, sin aportar bibliografía al respecto. Indica también la hidratación oral abundante y evitar el consumo de café.

Una vez que el niño llega a la familia, la madre debe ofrecerle el pecho cuanto antes, y continuar el tratamiento con domperidona 10mg/8 horas hasta que consiga una producción de leche adecuada o hasta que finalice la lactancia. La mujer debe amamantar a demanda y continuar con la misma pauta de extracciones hasta que se establezca la producción de leche. Se recomienda que se saque leche después de cada toma al pecho, durante 10 minutos.

Una vez que esté establecida la lactancia, la madre puede disminuir la dosis de domperidona de forma progresiva.

### 10.2. Protocolo de inducción de lactancia acelerado

Tratamiento con un anticonceptivo hormonal oral combinado junto con domperidona 10mg/8horas. El tratamiento hormonal se puede iniciar en cualquier momento del ciclo. Se deben tomar sólo los comprimidos con principio activo.



En las mujeres mayores de 35 años o con factores de riesgo, puede estar indicado otro anticonceptivo.

A los 30 días los pechos experimentan cambios, como aumento de una talla de sujetador, y pecho tenso y doloroso. No se aconseja retirar el tratamiento hasta que se observen cambios en las mamas. Cuando estos se presentan:

- Retirar el tratamiento hormonal, pero continuar la terapia con domperidona y empezar la extracción con un sacaleches eléctrico doble, cada 3 horas de día y al menos 1 vez por la noche.

El protocolo recomienda la hidratación oral abundante, y evitar el consumo de café. Incluye también la toma de dos productos herbales a los que se les atribuye un efecto galactogogo que no está demostrado, por lo que los omitimos. Según los propios autores del mismo, parece menos eficaz que el protocolo normal, por lo que puede ser necesaria la alimentación suplementaria del bebé.

### **10.3. Protocolo de lactancia inducida para mujeres en la menopausia**

Las madres con menopausia natural o quirúrgica pueden amamantar, ya que el útero y los ovarios no son necesarios para ello, sino un normal funcionamiento hipofisario.

Si la madre recibe terapia hormonal sustitutiva, la debe reemplazar por un anticonceptivo hormonal oral combinado. También debe tomar domperidona 10 mg/8h. Se recomienda que el tratamiento con anticonceptivos y galactogogos dure 60 días en las mujeres menopáusicas. Una vez transcurrido ese tiempo y cuando haya cambios mamarios, puede interrumpir la terapia hormonal, mantener la domperidona y comenzar las extracciones con un sacaleches eléctrico doble cada 3 horas de día, y al menos una vez durante la noche.

Si la madre presenta síntomas derivados de la supresión hormonal, según este protocolo, no debe reiniciar la terapia anticonceptiva, sino tomar suplementos de soja a dosis bajas, como mantequilla de soja o leche de soja.

Las recomendaciones sobre ingesta hídrica y de productos herbales son similares a las de los otros protocolos.



## 11.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C, and the Academy of Breastfeeding Medicine ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra, 1998. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241591544> Consultado el 30-4-2024.
- 3.- Leche insuficiente. Traducción al español por JJ Lasarte de "Not enough milk" Organización Mundial de la Salud División de Salud y Desarrollo del Niño. Nº 21, Marzo 1996. Disponible en [https://www.aeped.es/sites/default/files/4-leche\\_insuficiente.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/4-leche_insuficiente.pdf)
- 4.- American Academy of Breastfeeding. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics, 2005; 115 (2).
- 5.- Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole, and the Academy of Breastfeeding Medicine ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017.
- 6.- Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. 2009. Disponible en: [https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01](https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO_FCH_CAH_09.01) Consultado el 30-4-2024.
- 7.- Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. 2009. Disponible en: [https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01](https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO_FCH_CAH_09.01) Consultado el 30-4-2024.
- 8.- UNICEF, 2005.
- 9.- OMS. Relactación: revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Ginebra, 1998. Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-CHS-CAH-98.14> Consultado el 30-4-2024.
- 10.- First Steps Nutrition Trust. Infant milks: A simple guide to infant formula, follow-on formula and other infant milks. Disponible en: [https://static1.squarespace.com/static/59f75004f09ca48694070f3b/t/65ccfd45291a5e1d796b6543/1707932998342/Infant+milks\\_+a+simple+guide\\_Jan21\\_SWFeb24.pdf](https://static1.squarespace.com/static/59f75004f09ca48694070f3b/t/65ccfd45291a5e1d796b6543/1707932998342/Infant+milks_+a+simple+guide_Jan21_SWFeb24.pdf) Consultado el 30-4-2024.
- 11.- Comité de Protocolos de la Academia Médica de Lactancia Materna. Academy of Breastfeeding Medicine. Protocolo clínico ABM n.º 3: Tomas suplementarias en el recién nacido a término sano amamantado, revisado en 2017.



- 12.- The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Comitee. ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production, Second Revision 2018.
- 13.- Zuppa AA, Sindico P, Orchi C, Carducci C, Cardiello V, Romagnoli C, Catenazzi P. Safety and Efficacy of Galactogogues: Substances that Induce, Maintain and Increase Breast Milk Production. J Pharm Pharmaceut Sci 2010; 13(2): 162-174.
- 14.- UK Medicines Information (UKMi) pharmacists for NHS healthcare professionals. Drug treatment of inadequate lactation. NHS, 2014.
- 15.- 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. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005544.pub2>
- 16.- Osadchy A, Moretti ME, Koren G. Effect of domperidone on insufficient lactation in puerperal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Obstetrics and Gynecology International 2012; 2012: 642893. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3306907/pdf/OGI2012-642893.pdf> (Consultado el 30-4-2024).
- 17.- Campbell-Yeo ML, Allen AC, Joseph K, et al. Effect of domperidone on the composition of preterm human breast milk. Pediatrics 2010;125:e107–e114.
- 18.- Da Silva O, Knoppert DC, Angelini MM, Forret PA. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. CMAJ January 9, 2001 vol. 164 no. 1
- 19.- Donovan TJ, Buchanan K. Medications for increasing milk supply in mothers expressing breastmilk for their preterm hospitalised infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD005544.
- 20.- Sumario Dynamed Breastfeeding. Management of Problems. Disponible en [https://www.dynamed.com/management/breastfeeding#LOW\\_MILK\\_VOLUME](https://www.dynamed.com/management/breastfeeding#LOW_MILK_VOLUME) (Consultado el 30-4-2024, acceso restringido)
- 21.- The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Comitee. ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production, Second Revision 2018.
- 22.- Knoppert DC1, Page A, Warren J, Seabrook JA, Carr M, Angelini M, Killick D, Dasilva OP. The effect of two different domperidone doses on maternal milk production. J Hum Lact. 2013 Feb;29(1):38-44. doi: 10.1177/0890334412438961. Epub 2012 May 3.



- 23.- Wan EWX, Davey K, Page-Sharp M, et al. Dose-effect study of domperidone as a galactagogue in preterm mothers with insufficient milk supply, and its transfer into milk. *Br J Clin Pharmacol* 2008;66:283–289.
- 24.- The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Comitee. ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production, Second Revision 2018.
- 25.- Osadchy A, Moretti ME, Koren G. Effect of domperidone on insufficient lactation in puerperal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obstetrics and Gynecology International* 2012; 2012: 642893. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3306907/pdf/OGI2012-642893.pdf> (Consultado el 30-4-2024).
- 26.- The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol 9: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting the Rate of Maternal Milk Secretion. *Breastfeeding Medicine*, 2011; 6 (1): 41-49.
- 27.- The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Comitee. ABM Clinical Protocol 9: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting the Rate of Maternal Milk Secretion. *Breastfeeding Medicine*, 2011; 6 (1): 41-49.
- 28.- Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Domperidona\*: supresión de la indicación en pediatría y recordatorio de las contraindicaciones en adultos y adolescentes. 24 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/domperidona-supresion-de-la-indicacion-en-pediatria-y-recordatorio-de-las-contraindicaciones-en-adultos-y-adolescentes/> Consultado el 30-4-24.
- 29.- Government of Canada. Recalls and safety alerts. Domperidone Maleate - Association with Serious Abnormal Heart Rhythms and Sudden Death (Cardiac Arrest) - For Health Professionals . Disponible en [https://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2015/43423a-eng.php?\\_ga=2.199164518.838429105.1513014677-300783350.1513014677](https://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2015/43423a-eng.php?_ga=2.199164518.838429105.1513014677-300783350.1513014677) (Consultado el 30-4-24).
- 30.- Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Domperidona\*: supresión de la indicación en pediatría y recordatorio de las contraindicaciones en adultos y adolescentes. 24 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/domperidona-supresion-de-la-indicacion-en-pediatria-y-recordatorio-de-las-contraindicaciones-en-adultos-y-adolescentes/> Consultado el 30-4-24.
- 31.- Bozzo P, Koren G, Ito S. Health Canada advisory on domperidone. Should I avoid prescribing domperidone to women to increase milk production? *Can Fam Physician*. 2012 Sep; 58(9): 952–953. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3440266/>



- 32.- Zuppa AA, Sindico P, Orchi C, Carducci C, Cardiello V, Romagnoli C, Catenazzi P. Safety and Efficacy of Galactogogues: Substances that Induce, Maintain and Increase Breast Milk Production. J Pharm Pharmaceut Sci, 2010; 13(2): 162 - 174.
- 33.- Sulpirida. En [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org) Disponible en:  
<http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/sulpiride/product/>
- 34.- Sulpirida. En Lactmed. Disponible <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501450/>
- 35.- Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Sulpirida: Ficha Técnica Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/73195/FT\\_73195.pdf](https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/73195/FT_73195.pdf)
- 36.- Renfrew MJ, Lang S, Woolridge M. Oxytocin for promoting successful lactation. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000156. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10796158/> (Consultado el 30-4-2024).
- 37.- OMS. Relactación: revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Ginebra, 1998. Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-CHS-CAH-98.14> Consultado el 30-4-2024.
- 38.- Bryant CA. Nursing the Adopted Infant. J Am Board Fam Med 2006 vol. 19 no. 4 374-379.
- 39.- Auerbach KG, Avery JL. Induced lactation, a study of adoptive nursing by 240 women. Am J Dis Child 1981; 135: 340-3.
- 40.- Auerbach KG, Avery JL. Induced lactation, a study of adoptive nursing by 240 women. Am J Dis Child 1981; 135: 340-3.
- 41.- Newman-Goldfarb Protocols. Disponibles en:  
[http://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/induced/accelerated\\_protocol.shtml](http://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/induced/accelerated_protocol.shtml)