



Región de Murcia  
Consejería de Salud



# PROTOCOLO DE ESTANCAMIENTO PONDERAL, HIPOGALACTIA Y CRISIS DE LACTANCIA



**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: Octubre 2025

## 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. IBCLC. 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

Carmen Martínez Moreno. Pediatra. IBCLC. Coordinación Regional de Pediatría.

## REVISIÓN

Carmen Ballesteros Meseguer. Matrona. Centro de Salud Murcia San Andrés.



### 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	Carmen Martínez	Carmen Ballesteros	Comisión Regional Lactancia Materna	17/10/2025	Creación Documento

## ÍNDICE

1.- HIPOGALACTIA.....	6
2.- ESTANCAMIENTO PONDERAL DEL LACTANTE AMAMANTADO .....	17
3.- CRISIS DE LACTANCIA.....	21
4.- BIBLIOGRAFÍA .....	23



## 1.- HIPOGALACTIA

La hipogalactia entendida como la secreción insuficiente de leche materna puede ser una percepción subjetiva o tratarse de una situación real. En ocasiones, algunas madres, tienen secreción de leche, pero no en cantidad suficiente para alimentar al lactante por lo que necesitan administrar suplementos para un adecuado crecimiento de éste.

Dadas las implicaciones que este diagnóstico conlleva para la diada madre-bebé, es importante y conveniente hacer una buena valoración de la situación en la que sospechemos que pueda estar ocurriendo una producción de leche insuficiente.

### ❖ Definición de hipogalactia:

*Escasa producción de leche materna que no permite obtener un suministro de leche adecuado para mantener una lactancia materna exclusiva y satisfacer las necesidades nutricionales del lactante.*

Antes de continuar hablando de hipogalactia, sus causas y posible abordaje clínico, es importante prestar atención al término acuñado como “**falsa hipogalactia**”. La “falsa hipogalactia” hace referencia a la percepción materna de falta de leche sin ser ésta real y, tal y como se describe en la literatura científica, es un problema derivado principalmente de la pérdida de confianza de la madre en su propia capacidad para amamantar. Son numerosos los factores tanto individuales como colectivos que hacen que una madre dude de su propia suficiencia para el amamantamiento. Por un lado, la baja autoestima, las inseguridades y el miedo a no ser suficiente de las propias mujeres junto con un desconocimiento de la lactancia como proceso natural en el entorno familiar y social que conlleva la falta de recursos y apoyo social. La hipogalactia subjetiva es responsable de una gran parte de los finales de lactancia. En algunos estudios estiman que pueda ser responsable de hasta el 36% de los casos en los que la lactancia materna exclusiva finaliza.

En general, es importante apoyar el mensaje de que todas las mujeres tienen capacidad para alimentar a sus bebés. Si bien esto es esencialmente cierto, nunca se puede generalizar del todo. Es importante advertir que la lactancia, como función fisiológica que es, en ocasiones puede fallar o no ser óptima como se espera. Es decir, que es posible, aunque no frecuente, que algunas

madres no produzcan suficiente leche, especialmente en ciertos momentos y en determinadas circunstancias.

La hipogalactia real existe, es una realidad y puede dificultar o impedir el correcto funcionamiento de la lactancia.

❖ **Causas de hipogalactia:**

**1. Causas maternas de hipogalactia “permanente”:**

**a. Relacionadas con variaciones anatómicas o tejido glandular insuficiente:**

- ✓ Hipoplasia mamaria primaria (congénita)\*
- ✓ Hipoplasia mamaria secundaria (debida a radioterapia, mamoplastia, cirugía de reducción mamaria o cirugía torácica previa...)
- ✓ Hipoplasia mamaria por falta de estímulo hormonal secundario a trastornos de la conducta alimentaria durante la pubertad.

**b. Relacionadas con otras enfermedades o situaciones maternas:**

- ✓ Déficit congénito de prolactina
- ✓ Síndrome de ovario poliquístico (no en todos los casos)
- ✓ Ingesta de anticonceptivos orales, fármacos (cabergolina, algunos antihistamínicos...) o drogas de abuso
- ✓ Síndrome de Sheehan o anemia grave durante el parto o postparto
- ✓ Disfunción tiroidea, especialmente el hipotiroidismo

\* **La HIPOPLASIA MAMARIA o tejido glandular insuficiente** merece especial atención puesto que es importante hacer un diagnóstico adecuado de la condición a tiempo.

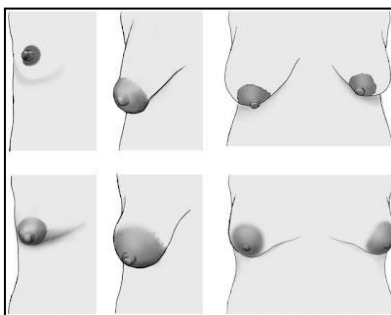
→ La hipoplasia mamaria es una alteración anatómica en la que la glándula mamaria no se desarrolla de forma completa. La cantidad de glándula mamaria es escasa y por tanto la producción de leche está físicamente limitada.

→ Las causas de la hipoplasia mamaria pueden ser porque se produzca un desarrollo imperfecto del tejido mamario, durante la etapa embrionaria; o porque la glándula reciba un estímulo hormonal insuficiente o que el tejido de la mama responda inadecuadamente a un estímulo hormonal normal.

→ La mama tiene un crecimiento imperfecto que da lugar a unas mamas de tamaño menor y con escaso tejido mamario en su interior. No se trata de un pecho de tamaño pequeño, las mujeres que tienen el pecho pequeño disponen de tejido mamario para poder amamantar.

El pecho con falta de tejido mamario tiene un aspecto característico:

- ✓ Son pechos muy separados entre ellos
- ✓ La areola y el pezón pueden aparecer más engrosados que el resto del pecho
- ✓ El pecho tiene una forma tubular parece un cono o un tubo.
- ✓ También pueden presentar diferencias muy significativas de volumen entre un pecho y otro.



También nos puede hacer sospechar esta condición cuando durante la gestación la mujer no nota el típico aumento de volumen del pecho, y a veces tampoco la areola modifica su color y no se oscurece. En el post parto el pecho tampoco varía demasiado de tamaño y tampoco se nota la característica sensación de plenitud y de peso que conlleva la subida de leche.

## 2. Causas maternas de hipogalactia “transitoria”:

- ✓ Retención de restos placentarios tras el alumbramiento
- ✓ Diabetes gestacional o diabetes mellitus insulino dependiente
- ✓ Obesidad mórbida
- ✓ Hipertensión
- ✓ Tratamiento con corticoides a dosis altas
- ✓ Después de un proceso de mastitis hasta que disminuye la inflamación.

- ✓ En algunos casos de cesáreas de emergencia o en situaciones de mucho miedo materno (el miedo es un inhibidor temporal de la producción de leche)

Estas situaciones pueden producir un retraso de la lactogénesis II, provocando un retraso mayor de lo esperable en la producción de leche y, por tanto, son causas más fácilmente reversibles.

### 3. Causas relacionadas con la diada madre-bebé:

- ✓ Separación prolongada madre-bebé
- ✓ Interferencias en la diada madre-bebé con falta de acceso al pecho por restricción de horarios (menos de 8 tomas en 24 horas o tomas controladas por la madre contando minutos en cada pecho) lo que no permite al bebé conseguir extraer la leche que necesita y falsea la producción.
- ✓ Problemas con la técnica de lactancia
- ✓ Mal agarre al pecho
- ✓ Vaciamiento ineficaz de la mama por succión deficiente o poco efectiva (bebé que duerme mucho y estimula poco la glándula)

En estos casos no existe ninguna dificultad en la producción de leche materna pero la producción de leche merma por motivos diferentes a la producción.

### 4. Causas directamente relacionadas con situaciones del bebé:

- ✓ Anquiloglosia
- ✓ Retrognatia o micrognatia
- ✓ Hipotonía o hipertonía
- ✓ Debilidad por inmadurez o enfermedades (prematuridad, cardiopatías, síndromes genéticos...)
- ✓ Labio leporino, paladar hendido y otras malformaciones orofaciales
- ✓ Traumas o lesiones relacionados con el nacimiento (heridas de fórceps, ventosa, etc.)

En general, una situación que nos impresiona de suministro insuficiente de leche suele tratarse de un **proceso multifactorial**. Es decir, los factores que pueden desencadenarla son numerosos y



variados. A veces guardan relación con la madre, otras con el manejo de la lactancia y otras con una deficiente o escasa estimulación de la glándula mamaria. La hipogalactia puede estar provocada por una causa y verse implicados otros aspectos que se retroalimentan entre sí y provocan una caída más acusada de la producción. (Por ejemplo, una patología materna agravada por una deficiente succión del bebé). Este enfoque multifactorial debemos tenerlo muy presente al hacer una valoración real de la situación.

❖ **Valoración clínica ante la sospecha de hipogalactia:**

La percepción de hipogalactia o escasez debe ser investigada y objetivada en la consulta atendiendo a los síntomas y signos que muestran madre y bebé. El estudio ha de ser individualizado, y es imprescindible hacer un seguimiento de la evolución de cada caso, una vez tomadas las medidas terapéuticas o paliativas indicadas.

La valoración clínica debe incluir:

→ Una **ANAMNESIS detallada** atendiendo a:

- Antecedentes médicos maternos.
- Antecedentes médicos del niño.
- Datos del manejo actual de la lactancia.

→ Valoración de la **EVOLUCIÓN DEL PESO del bebé:**

- Comprobar si ha recuperado el peso al nacimiento, en cuanto tiempo y si la ganancia de peso semanal es adecuada.
- El peso del bebé de forma aislada y exclusiva no es un indicador exacto de hipogalactia. *(Ver apartado 2 “Estancamiento ponderal del lactante amamantado”)*
- No son eficaces para comprobar la cantidad de leche ingerida los métodos de la “doble pesada”, “el biberón de prueba” ni la comprobación mediante extracción de leche. Esto sólo genera dudas en la madre y en el personal que la atiende.

→ Valoración de las **DEPOSICIONES (cantidad y calidad de estas) y la cantidad de ORINA.**

Días de vida	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º
Micciones									
Deposiciones									

→ Valoración de la **REACTIVIDAD DEL BEBÉ:**

- Si un niño se muestra muy letárgico e inactivo, o bien demasiado inquieto, ansioso y desconsolado, sin mostrar nunca signos de saciedad y además orina poco y hace deposiciones muy escasas, tendremos que valorar si la cantidad de leche materna ingerida está siendo insuficiente.

→ Valoración de las **SENSACIONES DE LA MADRE con respecto a la lactancia:**

- Si se nota el pecho más lleno antes de las tomas y más blando después, si ha habido cambios relacionados con la subida de la leche, etc.
- Si ha notado cambios en su tejido mamario durante la gestación y el posparto inmediato con el fin de evaluar si hay una pudiera existir una causa de hipogalactia por patología materna.

→ **Valoración de la TOMA:**

- Comprobar si la transferencia de leche es correcta.
- Cómo se comporta el lactante cuando se le acerca al pecho.
- Si hay algún factor dependiente del bebé que pueda propiciar un bajo estímulo de la glándula mamaria.

❖ **Intervención ante la sospecha de hipogalactia:**

La intervención y resolución del problema dependerá de la causa que lo esté provocando. En algunas situaciones se podrá corregir el problema, como por ejemplo una técnica de lactancia incorrecta o una medicación que pueda disminuir la producción. En otras situaciones será necesario



ayudar a la glándula mamaria a ser estimulada para incrementar la producción, por ejemplo, con una pauta de extracciones con un sacaleches, o proponer a la madre tomar algún galactogogo. Y, en otras ocasiones, será necesario suplementar al lactante, sobre todo si existen signos de deshidratación o de bajo peso. En esos casos, habrá que valorar con la madre cuál es el método de suplementación más adecuado a su situación y explicar las opciones que tiene la madre en relación con la alimentación de su hijo.

Muchas veces las hipogalactias son leves y transitorias, y se solucionan completamente en cuestión de días o semanas. Pero, en otras ocasiones, la baja producción se mantiene en el tiempo. Estos son los casos que merecen una atención más especializada y un mayor cuidado a la hora de tratarlos para que la lactancia materna pueda continuar tanto como la diada madre-bebé deseen, a pesar de precisar suplementos. A menudo ocurre que la lactancia mixta es un "a medio camino" y suele resultar una experiencia muy dura para algunas madres. No en vano se dice y se repite que *"el pecho es mucho más que alimento"*. Así que amamantar es mucho más que producir gran cantidad de leche. Es apego, contacto, intimidad compartida entre la madre y el bebé. En los casos en los que ni siquiera la lactancia mixta es viable, debemos partir de la misma premisa y procurar la creación de un clima lo más parecido al de la lactancia materna para que la diada madre-bebé obtenga los beneficios de contacto continuo entre ellos.

### **1. Baja producción por bajo estímulo:**

La producción de leche depende esencialmente de la correcta estimulación del pecho y su adecuado y frecuente vaciado. Por eso, en una gran parte de los casos de baja producción, existe un problema de bajo estímulo por dificultades de succión en el bebé. (*Ver apartado "Medidas para aumentar la producción de leche materna"*). Este motivo de escasez de leche es relativamente frecuente y, por suerte, fácil de corregir subsanando la causa. En los casos indicados, se puede intentar mejorar la capacidad de succión del bebé con intervenciones (frenotomías, si están indicadas, tomando medidas posturales y/o medidas de mejora del agarre y la succión).

### **2. Baja producción por enfermedad/condición materna transitoria** (por retraso de la lactogénesis II con retraso en la "subida" de la leche más allá de 24-72 horas habituales):

En todos los casos será necesario mantener medidas que favorezcan el contacto piel con piel, la estimulación del pecho para estimular el cuerpo de la madre a iniciar el proceso y la estimulación con sacaleches o manual para estabilizar la situación. Además de controlar el peso del bebé y



suplementar si pierde demasiado peso hasta mejorar la situación. Algunas situaciones concretas son:

- **Retención placentaria:** la subida de leche no se inicia y el calostro se mantiene cuando debería haber aparecido la leche. Al detectar la situación y eliminar los restos placentarios, el proceso de lactancia se pone en marcha.
- **Mujeres con obesidad mórbida, diabetes gestacional o diabetes mellitus y en algunos casos de cesáreas o en situaciones en las que la madre ha pasado mucho miedo:** es importante tener presente que puede ocurrir una situación de hipogalactia transitoria. Favorecer contacto piel con piel y una correcta estimulación y vaciado del pecho.
- **Mastitis:** tratamiento médico adecuado. Es posible resolver la situación y recuperar una secreción de leche más abundante.
- **Ingesta de medicamentos que interfieren con la lactancia:** se sospecha porque la madre inicia la medicación y a las pocas horas, se evidencia la disminución de la producción. Es posible revertir la situación consultando con el especialista responsable y retirando el fármaco, si es posible, o sustituyéndolo por otro que no interfiera con el proceso de lactar.

**3. Baja producción por enfermedad/condición materna permanente** (por hipoplasia glandular, déficit congénito de prolactina, un síndrome de Sheehan, sangrado grave intraparto o alguna alteración hormonal...):

En la mayoría de los casos permanentes no es fácil aumentar la producción de leche. A veces, la hipogalactia es tan severa que la opción de amamantar al bebé es inviable, por lo que no hay más remedio que optar por otras soluciones como la leche de fórmula o la leche materna donada.

Las lactancias mixtas por hipogalactia son complejas. Mantener las tomas directas al pecho, aunque el bebé tome apenas unos mililitros cada vez, es algo extraordinariamente valioso que debe ser apoyado. Los bebés, especialmente hasta cierta edad, tienden a perder interés por mamar e incluso a rechazar el pecho cuando no logran satisfacer del todo su hambre con él. Así que el manejo cuidadoso de las tomas, para que mamar no cause al bebé frustración por hambre, sino que lo asocie con momentos de placer y satisfacción, es fundamental. Esto se puede lograr de distintas formas: desde usar un sistema de suplementación al pecho o relactador a ofrecer el biberón para que se lo tome de forma muy parecida al pecho (método Kassing), o darle incluso parte del suplemento antes de ponerlo a mamar para que no esté muy ansioso. En ocasiones, con

ayuda de algunos fármacos (como en el caso del tratamiento de las alteraciones tiroideas, por ejemplo), se puede llegar a paliar la hipogalactia y conseguir una lactancia materna exclusiva o a establecer una lactancia mixta.

❖ **Medidas para aumentar la producción de leche materna:**

Es muy importante que la madre disponga de toda la información y que tenga todo el apoyo posible, tanto moral como práctico, para intentar recuperar o mantener su producción. Hay una serie de medidas que pueden mejorar la producción de leche, como son:

- Animar al bebé a hacer más tomas, más largas y eficaces y manteniendo el contacto piel con piel todo el tiempo posible.
- Mejorar el estímulo y maximizar la succión y la frecuencia de las tomas del bebé.
- Complementar con extracciones de leche oportunas y eficaces, manuales y/o mecánicas, con los instrumentos y técnicas más adecuados.
  - En general se recomiendan entre 7 y 10 extracciones diarias, de ambos pechos, y que duren entre 5 y 20 minutos según la velocidad con que fluya la leche.
  - Es interesante prolongar la estimulación un minuto más desde que deja de salir la leche. Pero también es importante que las sesiones no sean demasiado largas (más vale dos sesiones de 15 minutos que una sola de 30) y que no resulten traumáticas para el pecho.
  - Ha de buscarse el extractor ideal y adaptado a cada madre, tanto en tamaño del embudo como en intensidad de succión.
  - Es muy importante hacer un masaje de estimulación previo y combinar la extracción manual con la extracción mecánica con una buena bomba doble.
  - Es mucho más eficaz realizar extracciones cortas y frecuentes que largas y espaciadas.
  - Cada madre debe definir sus objetivos y trazar un plan de acción flexible que sea asumible y que pueda ir modificando con el tiempo según la evolución.
- Uso de galactogogos (sustancias que aumentan la producción de leche) como última opción para mejorar la producción de leche.

❖ **Indicaciones de suplementación:**

**1. Por parte del bebé:**

- Hipoglucemia que no responde al amamantamiento frecuente
- Signos que indiquen una ingesta inadecuada de leche:
  - Deshidratación (tomas infrecuentes, letargia, sodio elevado en sangre...) que no mejora tras intervención adecuada.
  - Pérdida de peso superior al 8-10% al 5º día o más, o pérdida superior al p75 para la edad tras una evaluación previa minuciosa.
  - Movimientos intestinales enlentecidos con menos de 4 deposiciones al día (al 4º día de vida) o persistencia de meconio al 5º día de vida.
  - Hiperbilirrubinemia por baja ingesta o más de 20-25 mg/dl en niños sanos.
  - Lactantes con errores innatos del metabolismo (galactosemia clásica, fenilcetonuria...)

**2. Por parte de la madre:**

- Infección materna por VIH (si la alimentación sustitutiva es posible y segura) o herpes simple tipo I.
- Retraso en la lactogénesis II (“retraso en la subida de leche”) e ingesta inadecuada de leche por parte del bebé.
- Causas de hipogalactia verdadera (insuficiencia glandular primaria, patología mamaria...)
- Interrupción temporal de la lactancia: por fármacos (quimioterapia...), separación temporal madre-bebé sin posibilidad de extracción.
- Dolor intolerable durante las tomas que no se resuelve con intervención adecuada.

Según la OMS y UNICEF, se recomiendan las siguientes opciones de suplementación por orden de preferencia:

1. Lactancia materna directa al pecho de la madre
2. Lactancia materna extraída (manual o sacaleches) del pecho de la madre
3. Leche materna de donante

*Protocolo de estancamiento ponderal, hipogalactia y crisis de lactancia  
Fecha de elaboración: Octubre 2025*



#### 4. Sustitutos adecuados de leche materna, fórmulas artificiales.

No está claro el volumen que necesita un bebé. En general, debemos guiarnos por la cantidad habitual de calostro, la capacidad del estómago del bebé, la edad y las características del bebé. En general, los niños alimentados con fórmula artificial toman volúmenes mayores que los niños amamantados. Según la OMS, los bebés menores de 6 meses necesitarían aproximadamente un volumen de 130-190 ml/kg/día de fórmula artificial.

Existen diferentes métodos de suplementación a escoger según su coste y disponibilidad, facilidad de uso, confort del bebé, volumen que es posible administrar, tiempo previsto de uso, preferencias maternas, experiencia de los profesionales con la técnica, modo en que la técnica influye en la lactancia. Ejemplo: nutrición suplementaria al pecho (o con relactadores), vasito, dedo-jeringa, cuchara, cuentagotas, biberón...

## 2.- ESTANCAMIENTO PONDERAL DEL LACTANTE AMAMANTADO

Para considerar que un recién nacido o lactante amamantado ha “estancado” su peso y la ganancia ponderal está siendo insuficiente es importante recordar que:

*“Una escasa ganancia ponderal es un síntoma inespecífico que puede ser secundario a diferentes situaciones clínicas, aunque frecuentemente sólo es una variación de la normalidad”.*

La ganancia de peso en los niños alimentados con leche materna es diferente a aquellos alimentados con fórmula artificial. Para hacer esta valoración debemos apoyarnos en las gráficas de crecimiento facilitadas por la OMS desde 2006 (disponibles en su web) que nos proporcionan información de cómo crecen los niños óptimamente alimentados y hacerlo mediante el “incremento de peso” y no con el peso puntual en un momento determinado. Estas gráficas se consideran el “Gold estándar” a nivel mundial, su uso está recomendado por la IHAN.

Debemos conocer que los percentiles son medidas estadísticas que, por definición, la mitad de los niños se van a encontrar por debajo de la media y que, además, es frecuente que un niño cambie de percentil en una o varias ocasiones a lo largo de la vida sin que esto implique necesariamente la existencia de un problema de alimentación.

Los recién nacidos pierden de forma fisiológica un 5-10% del peso al nacimiento en los primeros días de vida. La ganancia de peso durante el primer año de forma orientativa suele ser de 20 g/día las primeras 6 semanas, de entre 113-227g/semana los primeros 4 meses, entre 85-142 g/semana entre el 4º y 6º mes y a partir del 6º mes hasta el año, de 42-85 g/semana. El control de peso debe realizarse siempre en condiciones similares y con los mismos métodos de medición. Tras el periodo neonatal no se recomienda un control de peso semanal sino más espaciado, salvo casos excepcionales.

### ❖ **Definición de estancamiento ponderal:**

*Situación clínica de ganancia ponderal por debajo de lo esperado para su edad y su sexo.*

Aunque diversos autores hablan de límites diferentes, en general, puede hablarse de ganancia escasa de peso cuando el recién nacido continúa perdiendo peso pasado el 10º día de vida, cuando no ha recuperado el peso al nacimiento a los 15 días de vida o cuando el incremento de peso al mes de vida está por debajo del p10.

En lactantes, podemos hablar de retraso del crecimiento cuando el incremento de peso es menos de 2 desviaciones estándar durante dos meses y la relación peso/talla es menor del p5.

### ❖ Causas de estancamiento ponderal en el lactante amamantado

1. **Ingesta insuficiente de leche materna por hipogalactia o problemas de succión** (*ver apartado 1*)

2. **Causas infantiles:**

a. *Por aumento de las pérdidas:*

- Vómitos o diarrea (estenosis hipertrófica de píloro, alergias...)
- Malabsorción
- Infecciones
- Enfermedades congénitas (galactosemia, fenilcetonuria, fibrosis quística...)

b. *Por aumento de las necesidades:*

- Cardiopatías
- Enfermedades respiratorias
- Alteraciones del SNC
- Bajo peso

### ❖ Valoración clínica ante la sospecha de estancamiento ponderal:

- ANAMNESIS detallada (*ver apartado anterior*)
- VALORACIÓN de deposiciones, micciones y tomas (*ver en apartado de hipogalactia*)
- EXPLORACIÓN física completa descartando patología subyacente

Es fundamental distinguir dos situaciones clínicas bien diferenciadas cuyos extremos son:

- **Lactante bien alimentado que gana poco peso o con retraso en la ganancia ponderal:** bebé de aspecto sano con buen tono muscular, piel turgente, está alerta y feliz, responde

al entorno, moja más de 6 pañales al día con orina clara y diluida, sus deposiciones son normales y frecuente, hace 8 o más tomas de LM al día de duración adecuada, la madre nota el pecho lleno con buena eyección y el aumento de peso es lento pero constante.

- **Lactante con escasa ingesta y/o retraso del crecimiento:** bebé de aspecto apático con llanto débil o muy intenso, con tono muscular bajo, que moja pocos pañales (menos de 6 al día) con orina de olor fuerte y oscura, que hace pocas deposiciones y escasas, con piel seca, que realiza pocas tomas al día y de corta duración (a veces pueden estar continuamente pegados al pecho y no parecen satisfechos nunca), la madre no ha notado “la subida” o “bajada” de leche y el pecho materno está “blando y con aumento de peso errático.

#### ❖ **Intervención ante la sospecha de estancamiento ponderal**

→ **Si hay un problema de técnica de lactancia**, lo esencial es conseguir una técnica adecuada. A modo de recordatorio, es recomendable una frecuencia de, al menos, ocho tomas diarias que deben prolongarse hasta que el bebé se suelte espontáneamente.

→ **Si se trata de un niño “dormilón” que no mama con fuerza:**

- Reposo materno y lactancia “intensiva”: es conveniente que la madre se dedique a la lactancia, que guarde reposo, con el bebé siempre a su lado, para estar disponible para él de forma continua, y despertar al niño, si este no lo hace, para que realice unas ocho tomas o más diarias. Es muy importante obtener ayuda del padre u otros familiares para las tareas domésticas.
- Exprimir leche en la boca del niño: mientras el bebé está agarrado, la madre aprieta el pecho por su base y cambiando cada cierto tiempo la posición de la mano. De esta manera se “fuerza” la salida de la leche cuando el bebé mama con poco vigor.
- Extraer leche con sacaleches y suplementar (sin usar biberón a ser posible):
  - Si sale leche, pero el niño no se la toma y sigue perdiendo peso, probablemente el bebé tiene alguna enfermedad que hay que investigar.
  - Si sale leche, el niño la toma y engorda, probablemente existe algún problema de técnica que habrá que solucionar o, simplemente, es un niño pequeñito que

chupa con poca fuerza y que necesita más tiempo para obtener la leche que necesita por sí mismo.

- Si no sale, puede haber una hipogalactia verdadera (hipotiroidismo...) aunque normalmente no va a ser así, ya que sacarse leche requiere paciencia y entrenamiento y es muy normal que no salga nada o salga poco las primeras veces que la madre intenta extraerse. En este caso, mientras el niño no está obteniendo la leche que necesita, hay que darle una leche artificial con vasito, cuchara o jeringuilla ya que hay que asegurar una ganancia correcta de peso. Más adelante, cuando se hayan resuelto los problemas, podrá retirarse este suplemento.
- **Síndrome de posición inadecuada:** un niño mal colocado produce grietas en el pezón y extrae leche menos eficazmente; extrae sólo la leche de inicio, que contiene más lactosa y menos grasa, por lo que necesita estar mucho rato agarrado al pecho. Esta lactosa es fermentada por las bacterias intestinales y produce distensión abdominal originando molestias al bebé. Como tiene que ingerir gran cantidad de leche, es fácil que vomite frecuentemente y los pechos de su madre suelen presentar ingurgitación debido a la gran cantidad de leche que tienen que producir.
- **Niños con patología grave** (SNC, prematuridad, anoxia, Down...): son niños con hipotonía importante y/o alteraciones de la succión (disfunción motora oral) en estos casos, además de lo ya comentado, puede ayudar el mantener al niño más vertical, utilizar una mochilita para tener las dos manos más libres o sujetar el mentón con la mano que sujeta el pecho (“posición de bailarina”)

Puede ser necesario el control cada 24 horas hasta que se comprueba que todo va bien y la ganancia del niño es la adecuada. Si todo se hace correctamente, la utilización de galactogogos (metoclopramida, sulpiride, domperidona) no suele ser necesaria. En caso de que se utilicen, hay que tener en cuenta que por sí solos no resuelven el problema, de manera que constituyen un recurso secundario y no deberían administrarse como medida aislada ya que lo fundamental es que el niño succione adecuadamente.

Cuando se ha introducido un suplemento de leche artificial hay que ir quitándolo, poco a poco, al tiempo que la madre se extrae leche para ir estimulando la producción, y con un control de peso cada 2-3 días.

### 3.- CRISIS DE LACTANCIA

La producción de leche se regula por la demanda del bebé. Sin embargo, hay situaciones en que los bebés parecen insatisfechos o incómodos mamando, lo que puede angustiar a las madres y llevarlas a suplementar con leche artificial o abandonar la lactancia. Estas situaciones, llamadas crisis, brotes o escalones de crecimiento, son comunes a ciertas edades, tienen explicaciones específicas y no deben confundirse con situaciones de escasa producción de leche.

Generalmente estos episodios se deben a que el niño está pasando por un periodo de crecimiento rápido que condiciona una mayor demanda de leche, por eso se llaman también "crisis de crecimiento".

Las crisis de lactancia, con frecuencia, son momentos en el que se inicia la suplementación con leche artificial por una mala interpretación de estas.

#### ❖ **Tipos de crisis de lactancia:**

Estos periodos de "crisis o baches" forman parte del ciclo natural del amamantamiento y se suelen presentar en la misma época en la mayoría de los niños lo cual nos permite mejor conocimiento e identificación de éstos.

- **A los 17-20 días de vida:** los bebés aumentan la demanda de leche para incrementar su producción. Este periodo puede durar unos días.
- **A las 6-7 semanas:** los bebés aumentan la demanda y muestran conducta alterada debido a un cambio en la composición de la leche.
- **A los 3 meses:** los bebés maman en tomas más cortas y se distraen fácilmente, lo que puede hacer que la madre piense que no produce suficiente leche. Esto es normal y se debe a su mayor eficiencia al mamar y al desarrollo cerebral.
- **Al año de vida:** la velocidad de crecimiento disminuye, reduciendo la ingesta de alimentos sólidos, pero no la demanda del pecho. La leche materna sigue siendo nutritiva.
- **A los dos años:** los niños demandan el pecho de forma continua debido a la inseguridad que les causa su creciente independencia.



### Falsas crisis:

- 4 meses: aumento de despertares nocturnos debido a cambios en el sueño.
- 8 meses: angustia por separación, que hace que los bebés demanden más el pecho para sentirse seguros.

### ❖ Intervención ante una crisis de lactancia:

- Informar bien sobre la evolución de la crisis de lactancia.
- Recomendar a la madre calma, descanso y apoyo familiar ya que es una situación pasajera que cederá.
- No es conveniente insistir ni forzar al niño a mamar. Esto puede desembocar en un rechazo real del pecho.
- Puede ser útil buscar un entorno tranquilo, poco luminoso y en silencio para dar el pecho.
- Ofrecer más al pecho para aumentar la producción de leche y adecuarla a las necesidades del niño. Hay que intentar adaptarse al bebé, si pide más pecho es porque necesita comer más. Incluso, si fuera necesario, aumentar las tomas mediante extracción manual o eléctrica para vaciar bien el pecho.
- No se deben ofrecer biberones. Si en lugar de poner al niño al pecho con mayor frecuencia se le empiezan a dar biberones, disminuye la producción de leche y la situación empeora.



## 4.- BIBLIOGRAFÍA

1. Padró, Alba. (S.F). Hipogalactia o baja producción de leche materna. Alba Lactancia materna. Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/hipogalactia-o-baja-produccion-de-leche-materna/>
2. Izquierdo López,P. (2013). Hipogalactia: causas y tratamientos. Crianza Natural. Disponible en: [https://www.crianzanatural.com/documentos/Hipogalactia-causas-tratamientos\\_art219](https://www.crianzanatural.com/documentos/Hipogalactia-causas-tratamientos_art219)
3. Lasarte Velillas JJ. Control del lactante amamantado en Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones;2006. p. 243-8.
4. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN [Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN]. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89(1):32-43. doi:10.1016/j.anpedi.2017.09.002
5. Lawrence, Ruth A.; Lawrence, Robert M. Breastfeeding. A guide for the medical profession. Seventh Edition. Missouri: Elsevier Mosby; 2011.
6. Walker, Marsha. Breastfeeding Management for the Clinician. Using Evidence. 4rth Edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2017.
7. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. (RE9729). 2000. Breastfeeding. The technical basis and recommendations for action. WHO. Geneva, 1993.
8. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ed. OMS, Ginebra, 1989.
9. ILCA. El manejo de la lactancia materna en los primeros 14 días de vida. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la lactancia materna. 2002.
10. Jelliffe DB, Jelliffe EPF. Programmes to promote breastfeeding. 1st. ed. Delhi; Oxford University Press, 1988.



11. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento, y el apoyo de la lactancia materna. Florencia 1 de agosto de 1990.
12. OMS. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ed OMS Ginebra, 1981.
13. Paricio Talayero JM, Santos Serrano L, Fernandez Feijóo A et al. Lactancia materna: conocimientos actitudes y ambigüedad sociocultural. Atención Primaria 1999; 24:337-43.
14. Ruiz L, Sullivan K, Laurent S, Canela J. Conocimientos, actitudes y prácticas de los pediatras españoles respecto a la lactancia materna. An Esp Pediatr 1994; 40: 77.
15. Ruiz-Gimenez J, Cabero L. La lactancia materna: Iniciativa Hospitales amigos de los niños. SEGO. Boletín informativo 1996; 3:12.
16. Schanler Rj, Oconnor KG, Lawrence RA. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. Pediatrics 1999; 103: 35.
17. Temboury MC, Otero A, Polanco I. Promoción de la lactancia materna en atención primaria. Pediatría 1993 ; 13: 141-145.
18. Temboury MC, Otero A, Polanco I. La lactancia materna en un Area Metropolitana II: Diseño de un programa de promoción. An Esp Pediatr 1992; 37: 215-218
19. Royal College of Midwives. Lactancia materna. Manual para profesionales. Barcelona: ACPAM 1994.
20. UNICEF. Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Santiago de Chile, 1995