



Dificultades técnicas en la lactancia materna

L. San Feliciano Martín*, A. Jiménez Moya**, D. Martínez Fernández***

*Pediatra. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

**Pediatra. Hospital Universitario Virgen de la Macarena de Sevilla

***Matrona. Complejo Asistencial Universitario de León



Resumen

El pediatra debe estar capacitado para detectar y poner medidas de apoyo a la lactancia natural para evitar un destete no deseado. La leche materna es el alimento óptimo de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida. Debería mantenerse hasta los dos años de edad, complementándose con otros alimentos. Como objetivo de este trabajo, se analizan las dificultades más comunes y se realizan propuestas de abordaje para el dolor, grietas, ingurgitación, alteraciones del pezón, obstrucción de un conducto lácteo, mastitis y absceso mamario. Los problemas técnicos que se presentan en la lactancia materna tienen un origen común: el vaciado incompleto del pecho por diversas causas. Para intervenir de forma adecuada, es imprescindible realizar una anamnesis y exploración de la madre, del niño y de la toma. El agarre no óptimo puede ser el origen y la causa inicial de los problemas más comunes. Las recomendaciones que seguir se basan en unas medidas de prevención esenciales desde el nacimiento.

Abstract

The pediatrician should be trained to detect and implement measures to support breastfeeding to avoid unwanted weaning. Breast milk is the optimal food for the infant from birth until the first six months of life, and should be maintained until two years of age, supplemented with other foods. In this article the most common difficulties are analyzed and proposals for approaching pain, cracks, engorgement, nipple alterations, obstruction of a milk duct, mastitis and breast abscess are made. The technical problems that occur in breastfeeding have a common origin: incomplete emptying of the breast due to various causes. In order to intervene appropriately, it is essential to carry out the medical history and examination of the mother, the child and the feeding. Suboptimal latch-on can be the origin and initial cause of the most common problems. The recommendations to follow are based on essential preventive measures from birth.

Palabras clave: Lactancia materna; Enfermedades de la mama; Alteraciones de los pezones; Mastitis.

Key words: Breast feeding; Breast diseases; Nipple disorders; Mastitis.

OBJETIVOS

- Analizar las dificultades más comunes y realizar propuestas de abordaje para el dolor, grietas, ingurgitación, alteraciones del pezón, obstrucción de un conducto lácteo, mastitis y absceso mamario.
- Presentar situaciones comunes de dificultades en la lactancia y describir cómo intervenir en cada caso.

Introducción

El papel del pediatra es fundamental en el apoyo a la lactancia natural. En nuestro medio, hasta un 30 % de mujeres sufren algún tipo de problema relacionado con la lactancia materna en las primeras semanas tras el nacimiento⁽¹⁾. Una intervención adecuada por parte del profesional sanitario ha demostrado ser positiva en la

duración de lactancia materna en numerosos ámbitos^(2,3). Para poder resolver adecuadamente algunas dificultades que se pueden presentar durante el proceso de la lactancia natural, es preciso tener unos conocimientos y una formación específica y actualizada.

El objetivo de esta revisión es presentar situaciones comunes de dificultades en la lactancia y describir cómo intervenir en cada caso.

<https://doi.org/10.63149/j.pedint.21>

Anamnesis y exploración física

Para abordar cualquier incidencia o dificultad durante el amamantamiento, siempre debe realizarse: una historia clínica completa, exploración física de la madre, examen del lactante y valoración de una toma.

Se recomienda que esta evaluación sea estandarizada⁽⁴⁾. La valoración estandarizada permite medir los resultados y ayuda a la transmisión de la información entre los distintos profesionales y niveles asistenciales. Con las escalas de valoración podremos identificar a las madres con riesgo de abandono temprano de la lactancia, reconocer precozmente obstáculos y prevenir posibles complicaciones asociadas. Existen diferentes herramientas validadas⁽⁵⁻⁷⁾ para valorar una toma, como las escalas LATCH (Tabla I), IBFAT (*Breastfeeding Assessment Tool*) o BSES (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale*). La elección de una escala concreta dependerá del objetivo planteado, por ejemplo, para *screening* o como apoyo diagnóstico. Puntuaciones en la escala LATCH menores a 9 indican necesidad de apoyo y vigilancia por parte de profesionales.

Durante una toma se deben valorar varios aspectos, como la postura, posición y comportamiento del lactante, los signos de agarre, la dinámica de succión y la existencia de signos que indican transferencia de leche. Después de la toma, se debe observar cómo queda el lactante y la forma y color del pezón⁽⁸⁾.

Si la madre se extrae leche, se debe valorar una sesión para observar la técnica de extracción, el ajuste entre el

embudo y el reborde, la dinámica de succión y la frecuencia del ciclo con la bomba que usa la madre, y detectar posibles signos de traumatismo por la copa del extractor.

A continuación, se tratarán problemas y causas importantes de interrupción prematura de la lactancia materna y cómo abordarlos. Los problemas técnicos en la lactancia natural tienen un origen común, el vaciado incompleto del pecho por diversas causas⁽⁹⁾. Actuaremos siguiendo el esquema propuesto de abordaje: realizar anamnesis, exploración y evaluación de la diada madre-hijo.

Dolor

El dolor y las molestias coincidentes con la lactancia materna son relativamente frecuentes en las primeras semanas después del parto.

Las molestias iniciales con el agarre temprano pueden considerarse fisiológicas, ya que, superado este periodo inicial de 1-2 semanas, el dolor suele desaparecer cuando el agarre ya se ha instaurado. El dolor que se presenta al inicio de la toma y que cede después de unos segundos se considera fisiológico en los primeros días⁽⁹⁾.

En algunas mujeres puede ser complicado distinguir las molestias fisiológicas de aquellas que requieren una intervención por parte del profesional sanitario. Para el abordaje del dolor se muestra un esquema en la figura 1.

A menudo, una posición no óptima es causa de dolor en los pezones, que puede causar un agarre superficial y una compresión anormal del pezón entre la lengua y el paladar del lactante⁽⁸⁾.

La capacidad de un lactante para el agarre a la mama y la alimentación adecuados depende de factores, como la prematuridad, la anatomía oral y maxilar, el tamaño de la cavidad oral, su tono muscular y madurez neurológica, así como de aspectos maternos, como el flujo de leche, el tamaño de mama y pezón y la presencia de congestión mamaria. Otros factores importantes que considerar son el estado emocional de la madre y el tipo de parto (instrumentado, medicado, cesárea...).

La anquiloglosia o frenillo lingual corto, por la restricción del movimiento y proyección de la lengua más allá de la encía inferior, puede hacer difícil conseguir un agarre profundo y se asocia, a menudo, con dolor y lesiones del pezón materno. Se presenta aproximadamente en el 5 % de los recién nacidos, aunque esto es muy variable en función de las escalas de valoración⁽¹⁰⁾. No todos los lactantes con anquiloglosia tienen problemas a la hora de mamar. Cuando el frenillo es corto y la madre siente dolor, se debe recomendar, en primer lugar, el cambio de postura para amamantar. La más útil es la postura de caballito. En el caso de no mejorar el dolor con el cambio de postura, la frenectomía puede mejorar el dolor⁽¹¹⁾.

Los lactantes que muerden o aprietan las mandíbulas mientras maman pueden causar lesiones en los pezones y dolor mamario. Los procesos que pueden llevar a este comportamiento y deben descartarse son: fractura de clavícula, tortícolis, traumatismo de cabeza, cuello o cara, asimetría mandibular, erupción dental..., o ser respuesta a un reflejo exagerado de expulsión de leche.

Tabla I. Herramienta de observación de la toma

Puntuación	0	1	2
Agarre	Adormilado. No dispuesto a mamar. No mantiene el agarre	Intentos repetidos de mantener agarre y succión. Mantiene pezón en la boca	Agarra o araña las mamas, la lengua está abajo. Succión rítmica
Deglución audible	No	Con estímulo	Espontáneo y frecuente
Tipo de pezones	Invertidos	Planos	Extrovertidos después del estímulo
Bienestar del pecho y pezones	Ingurgitados, agrietados, sangrantes, con ampollas o heridas y dolor intenso	Plétora, enrojecimiento o pequeñas grietas o heridas	Blando sin dolor
Posición	Necesita ayuda para sostener al recién nacido al pecho	Ayuda mínima con una almohada o sujetar la cabeza. Le enseñan de un lado y la madre lo hace con otro lado	No necesita ayuda de terceros. La madre es capaz de sujetar y poner al pecho

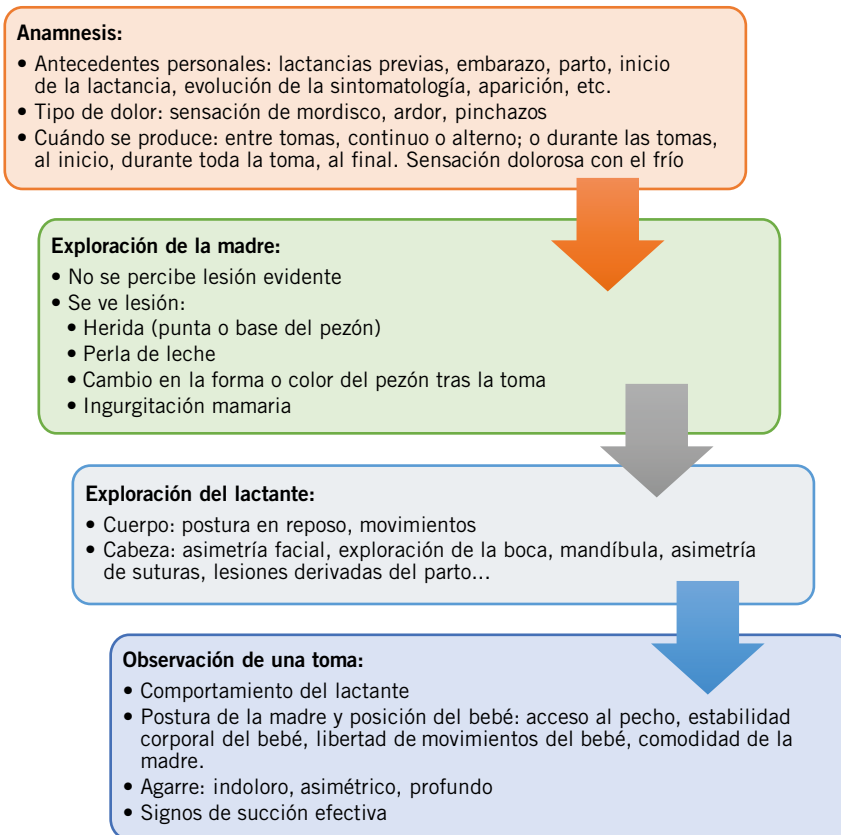


Figura 1. Abordaje del dolor en el amamantamiento.

El dolor asociado a la lactancia materna puede ir acompañado de estrés psicológico importante. Las madres con dificultades durante la lactancia tienen un mayor riesgo de depresión posparto y de destete precoz y también de problemas psicosomáticos. Es importante identificar estas situaciones para acompañar y asesorar, poniendo en marcha nuestras habilidades de comunicación^(9,12).

La identificación oportuna y el control adecuado del dolor persistente, asociado a la lactancia materna, son esenciales para su establecimiento y mantenimiento hasta que la madre y el lactante deseen.

Grietas

Las grietas o heridas en los pezones son una de las principales causas de abandono precoz de la lactancia materna por el intenso dolor que generan. Suelen ser complicaciones que se presentan en los primeros días tras el nacimiento, siendo rara su aparición cuando la lactancia está ya instaurada.

Pueden ser uni o bilaterales. Es bastante característico que el dolor sea máximo al inicio de la toma y que

vaya disminuyendo poco a poco y que desaparezca cuando el lactante suelta el pecho. Otro signo que nos puede orientar a la presencia de grietas en los pezones es la aparición de sangre en algún vómito del lactante, secundario a la deglución de sangre materna. La leche materna se tiñe muy fácilmente con alguna gota de sangre.

La principal causa de las grietas es el agarre incorrecto. El recién nacido introduce en la boca una parte del pezón exclusivamente, dañándolo con las encías o al presionarlo contra el paladar duro. Ello conlleva dolor y la aparición de lesiones que harán el dolor más intenso. Ese mal agarre puede estar ocasionado por la posición o por alguna alteración anatómica del recién nacido. La forma y localización de las grietas puede orientarnos a saber qué las está produciendo. Así, una grieta lineal en el pezón suele ser consecuencia de un mal agarre; o cuando la grieta es circular sobre la base del pezón, la causa suele ser una mala posición del bebé respecto del pecho.

Otros factores favorecedores de la aparición de grietas son el lavado fre-

cuente o la aplicación de pomadas en el pezón, que alteran la protección natural del pezón, aportada por la secreción de las glándulas de Montgomery. El uso o la introducción de chupetes y tetinas condicionan un agarre y succión diferente por parte del recién nacido y suele ser causa de dolor y lesión de los pezones⁽¹³⁾.

El abordaje y manejo del dolor y las grietas consiste en evaluar y tratar la causa probable, siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Facilitar una posición adecuada y un agarre correcto al pecho.
- No limitar el tiempo de lactancia materna, no alivia o previene el dolor, y va en detrimento del establecimiento de la lactancia.
- Evitar una higiene excesiva de las mamas.
- Realizar un masaje previo y extraer un poco de leche antes de comenzar la toma.
- Dejar secar al aire el pezón tras la toma.
- Si se utilizan discos absorbentes, cambiarlos con frecuencia para evitar humedad.
- No existe evidencia sobre productos tradicionalmente recomendados para el tratamiento de las erosiones, grietas y heridas en el pezón.
- Realizar la técnica de compresión mamaria para facilitar la salida de leche y acortar la duración de la toma.
- Comenzar la toma por el pezón menos afectado y, posteriormente, cambiar al lado más afecto puede aliviar.
- Realizar lactancia diferida del pecho afectado solo cuando el dolor sea muy intenso. Durante el tiempo de reposo de ese pecho afecto, se recomienda mantener la producción mediante extracción.

Ingurgitación

La ingurgitación mamaria consiste en un aumento de tamaño y dolor en las mamas. Puede provocar fiebre si la ingurgitación es importante. Asimismo, puede producir el cese prematuro de la lactancia, disminución de la producción de leche, el agrietamiento de los pezones y mastitis⁽¹⁴⁾.

Puede afectar a toda la mama o solo a la zona de la areola. Suele ocurrir

en dos etapas: la ingurgitación de las mamas precoz, que suele presentarse al comienzo de la lactancia, debida a un edema intersticial cuando la mama empieza a producir leche (denominada subida de la leche o plétora); o la secundaria, que puede ocurrir en cualquier otro momento, y se produce cuando hay un desequilibrio entre la producción de leche y el vaciado de la mama. Este segundo tipo es más raro, pero se puede presentar si un lactante toma menos, por dormir más tiempo, o por alguna enfermedad o por la separación de madre y lactante.

Se da más frecuentemente en el primer hijo y cuando se amamanta al bebé con horarios rígidos y haciendo pocas tomas al día, o cuando se ofrecen al recién nacido suplementos de suero o de fórmulas artificiales. La ingurgitación es rara cuando un lactante se pone al pecho, desde el primer momento tras el nacimiento, frecuentemente (unas 10-12 veces) y sin restricciones.

El tratamiento se basa en calmar el dolor y extraer la leche. Se sugiere que, antes de la toma, la madre con ingurgitación mamaria se dé una ducha caliente o se aplique compresas calientes, se masajee el pecho y realice una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho⁽¹⁵⁾. Quien mejor extrae la leche es el lactante, pero cuando los pechos están muy tensos, el lactante puede tener dificultades para el agarre, y conviene ablandarlos primero, con la técnica de presión inversa suavizante y vaciando de forma manual o con un extractor, tras aplicar calor local para producir vasodilatación y facilitar la salida de la leche⁽¹⁴⁾.

La técnica de ablandamiento por presión inversa resulta especialmente útil para tratar el edema mamario y en ella se aplica una presión positiva suave para ablandar una zona, cerca de la aréola que rodea la base del pezón. El objetivo consiste en desplazar temporal y ligeramente parte del edema hacia atrás y hacia arriba en la mama. Se ha demostrado que el desplazamiento del edema lejos de la aréola mejora el agarre del lactante durante la congestión mamaria⁽¹⁶⁾.

La aplicación de frío entre las tomas alivia el dolor por su efecto vasoconstrictor y antiinflamatorio. Hay evidencia que sugiere que algunas terapias

podrían emplearse para el alivio del dolor de la ingurgitación mamaria, como las hojas de col, las compresas de gel frío, las compresas de hierbas y los masajes, pero se necesitan más estudios para conocer el verdadero efecto de estas intervenciones⁽¹⁴⁾.

Los medicamentos del tipo del ibuprofeno o el paracetamol alivian el dolor y son compatibles con la lactancia (<https://www.e-lactancia.org/>). La presión inversa suavizante puede ayudar a favorecer el agarre cuando se da una ingurgitación mamaria⁽¹⁷⁾.

Obstrucción de un conducto lácteo

Surge como consecuencia de un vaciado defectuoso o ineficaz de un lóbulo mamario, a consecuencia de una mala técnica de lactancia o por la utilización de sujetadores de talla o modelo inadecuado que producen una compresión excesiva de la mama. En otros casos puede obedecer a una malformación u otras lesiones de la mama, como quistes o tumores, que producen la obstrucción del conducto⁽¹⁾.

Se manifiesta por la presencia de un bulto doloroso en el pecho y enrojecimiento de la piel de esa zona. Generalmente, no hay fiebre ni síntomas generales.

Para el tratamiento se debe aumentar la frecuencia de las tomas y aplicar calor local antes de las mismas. Como la mayoría de las veces ocurre por leche retenida, el tratamiento consiste en la evacuación de la leche retenida; por tanto, debemos recomendar no interrumpir la lactancia. Es de gran ayuda realizar durante la toma un masaje suave sobre la zona afecta, moviendo el pulgar por encima del bulto, en dirección hacia el pezón, para facilitar su drenaje.

Si hay mucho dolor con el amamantamiento, sería útil ofrecer primero el pecho sano para que el lactante realice las primeras succiones, que son más vigorosas, en el pecho que no duele y se ponga en marcha el reflejo de eyección, que facilitará la salida de la leche. Cuando la madre note la subida de la leche, cambiará al bebé de pecho para que vacíe bien el lado afecto. Se pueden recomendar antiinflamatorios y analgésicos.

La postura del bebé respecto al pecho es muy importante en estos casos. Hay que colocar al lactante de forma que su

lengua facilite el drenaje del conducto obstruido. El lactante debe colocarse con la barbilla en la zona obstruida, ya que la zona del pecho que mejor se vacía con el movimiento del maxilar inferior es la que queda en contacto con la lengua.

Si el niño no vaciara bien el pecho, después de la toma conviene terminar de extraer la leche de forma manual o con un extractor.

La madre debe utilizar durante el día un sujetador adecuado, bien ajustado, pero elástico, que no provoque una excesiva presión.

Los galactoceles son quistes de retención de leche por un conducto bloqueado. Pueden ser grandes y pueden surgir durante la gestación o al finalizar la lactancia. Salvo que se infecten, no suelen ser dolorosos. No hay fiebre ni malestar. Se diagnostican por ecografía. Algunos disminuyen de tamaño por sí solos poco a poco. Si no fuera así, o fueran molestos, deben aspirarse mediante aguja o mediante extirpación quirúrgica. La lactancia debe continuar, nunca hay que interrumpirla⁽⁸⁾.

Alteraciones del pezón

La forma del pezón no suele representar un problema para la lactancia, aunque a veces precisará ayuda durante los primeros días para el agarre al pecho. Es muy importante que los profesionales no juzguemos ni hagamos comentarios que puedan afectar a la confianza de la madre en su capacidad de lactar ante esta situación desde las consultas prenatales.

En la mayoría de las ocasiones, los **pezones planos** son elásticos y pueden protruirse un poco hacia afuera. Los pezones invertidos protruyen como reflejo al contacto o al frío; se puede tratar de estimular el pezón, rotándolo un poco o mojándolo con un poco de agua fría justo antes de que el recién nacido mame, o también se puede probar con un extractor de leche.

Cuando se trata de un **pezón invertido** "verdadero", no protractil, es más difícil conseguir un agarre adecuado. En algunos casos, se consigue que el bebé aprenda a agarrarse y vaya formando algo de pezón, pero, en otros, la lactancia no es posible directamente al pecho y es necesario recurrir a utilizar pezoñera los primeros días, al extractor para vaciar los pechos y ofrecerle después la

leche extraída al lactante por el método que se prefiera (lactancia diferida). No se recomienda la realización de ejercicios de Hoffman, ni el uso de escudos de pezón, ni el cepillado de estos de manera prenatal para favorecer el éxito de la lactancia materna en mujeres que presentan pezones invertidos⁽¹⁵⁾.

Cuando el pezón es grande para la boca del recién nacido, profesionales expertos pueden ayudar a encontrar alguna postura que facilite el agarre. Si no puede conseguirse el amamantamiento, las pezoneras podrían ser útiles para reducir el tamaño y evitar que provoque náuseas al lactante al entrar en la boca. Se informará a la madre que, en unos días, con el crecimiento del bebé, se suele resolver la situación.

Mastitis

Una mastitis es la inflamación de la mama que puede estar acompañada o no de infección. Tiene una incidencia en torno al 10 % de las mujeres lactantes y causa un destete precoz no deseado en muchos casos⁽¹⁸⁾.

En la mayoría de los casos, el origen es el vaciado ineficaz, que ocasiona una acumulación de leche y, posteriormente, una sobreinfección bacteriana debido al acúmulo de microorganismos producido por la estasis de la leche^(17,19). En general, las condiciones que concurren en la fisiopatología de la mastitis se pueden prevenir y tratar de forma precoz. En ocasiones, si esta no se resuelve a tiempo, puede llegar a producirse un absceso mamario. Por tanto, la prevención es clave, es decir, una correcta técnica de lactancia con un vaciado completo de ambos senos⁽²⁰⁾.

La mastitis se manifiesta con signos inflamatorios locales, como enrojecimiento, dolor y calor..., a los que se asocian síntomas sistémicos, como fiebre, malestar general, mialgias, escalofríos... El diagnóstico es clínico y no requiere pruebas complementarias. Solo en algunos casos determinados es preciso realizar cultivos de leche (Tabla II). En los últimos años se ha visto incrementada la realización de cultivos de leche ante la sospecha de mastitis de forma injustificada, que ocasionan un sobrediagnóstico y sobretratamiento por la dificultad en la interpretación del resultado de los cultivos y la manipulación incorrecta de las muestras de leche⁽²¹⁾.

Tabla II. ¿Cuándo realizar cultivos de leche en caso de mastitis aguda?

- Si no hay respuesta tras 48 h de tratamiento antibiótico empírico apropiado
- Siempre antes de cualquier prescripción antibiótica en caso de mastitis grave (sepsis o *shock séptico*, absceso mamario, necesidad de ingreso hospitalario)
- Mastitis recurrente
- Mastitis de adquisición nosocomial o con factores de riesgo de *S. aureus* resistente a meticilina
- Alergia a penicilina con intolerancia a cefalosporinas
- Si hay un dolor profundo severo con sensación de quemazón en la mama (indicativo de infección ductal)

Ante la sospecha clínica de mastitis con síntomas leves, se recomienda mantener la lactancia y asegurar un correcto vaciamiento de ambos pechos con tomas frecuentes, así como revisiones frecuentes de la madre y prestar apoyo emocional. Es muy importante tomar medidas de prevención. Ya que, como hemos expuesto, el vaciado incompleto y la estasis de leche es el principal factor de riesgo, se debe comenzar por el apoyo a la lactancia, aumentar la extracción de leche para contrarrestar la estasis de leche y conseguir el vaciamiento del pecho⁽²²⁾.

El tratamiento, por tanto, se basa en optimizar el vaciado de la mama y la administración de antiinflamatorios^(15,17). Se deben seguir unas indicaciones generales. En primer lugar, medidas para mantener la lactancia: apoyo emocional para afrontar el dolor y la incomodidad, adecuada nutrición y reposo, aplicar calor local antes de las tomas y compresas frías tras las mismas para reducir edema y dolor. Aunque no hay evidencia clara al respecto, parece que la aplicación de calor local antes de las tomas puede facilitar la salida de leche y la aplicación de frío después de que hayan finalizado podría tener efecto antiinflamatorio⁽¹⁵⁾.

Para el vaciamiento del pecho, la succión más efectiva es la realizada por el lactante. Se recomienda iniciar la toma por la mama afectada, posicionar la barbilla del lactante sobre la zona afectada y masajear la mama durante la toma desde la zona obstruida hacia el pezón.

Utilizar la extracción manual o con sacaleches en caso de: lactante prematuro y/o con succión no efectiva, rechazo de la leche por parte del lactante o la no tolerancia de la succión del lactante en mama afecta por el dolor o por elección materna de no amamantar mientras dure la infección.

Como tratamiento analgésico y antiinflamatorio, se recomienda ibuprofeno 400 mg cada 4-6 horas o paracetamol 1 g cada 8 horas.

En el momento actual, los resultados del uso de probióticos son prometedores, pero aún no cuentan con la calidad y evidencia científica suficientes para ser recomendados como alternativa, por lo que se requieren más estudios. La leche materna contiene en su microbiota numerosas bacterias lácticas, como *Lactobacillus salivarius*, *L. reuteri*, *L. plantarum*, *L. gasseri*, *L. fermentum*, etc., que juegan un papel importante en el lactante^(23,24).

En el caso de síntomas graves, se recomienda emplear antibióticos de forma precoz⁽¹⁵⁾.

En formas no graves, es importante valorar si existe mejoría a las 24 horas de iniciado el tratamiento con las medidas generales. En el caso de continuar los síntomas, tras 24-48 horas, será necesario iniciar tratamiento antibiótico empírico, de menor espectro posible, frente a *Staphylococcus aureus*, que es el principal agente causal de mastitis bacterianas.

Se recomiendan^(17,19) las cefalosporinas de primera generación, como cefalexina o cefadroxilo, o cloxacilina durante 10-14 días. Si la madre es alérgica a los betalactámicos, puede emplearse la clindamicina. En el caso de mastitis en mujer portadora de prótesis mamaria, el régimen antibiótico de elección es la asociación de vancomicina (30-60 mg/kg/día, repartidos en 2-3 dosis) con piperacilina/tazobactam (4 g piperacilina/0,5 g tazobactam cada 6 h, IV). Si la respuesta inicial es adecuada, se procederá al cambio a vía oral con clindamicina o trimetoprim-sulfametoxazol según el cultivo y antibiograma hasta completar 10-14 días de tratamiento. Si la causa son las micobacterias, se debe continuar tratamiento durante

8-12 semanas. Retirar la prótesis si no hay respuesta al tratamiento o en caso de sepsis o infección por hongos o micobacterias^(17,19,25).

Absceso mamario

Entre el 3-11 % de las mastitis agudas pueden desarrollar un absceso mamario. Tiene lugar cuando la mastitis progresa a la formación de un flemón o absceso local, si no se trata precozmente o se hace de forma inadecuada⁽²⁶⁾.

El patógeno más frecuentemente causante es *S. aureus* (más del 50 % de las cepas son resistentes a meticilina) junto con *S. epidermidis*.

Se presenta como una zona con eritema e induración, localizada y bien delimitada y muchas veces palpable, acompañada o no de fiebre y afectación del estado general que no mejora con antibioterapia.

La ecografía es el método más eficaz para diferenciar la mastitis de un absceso mamario, de un galactocele o un tumor mamario, y también facilita el drenaje guiado⁽²⁷⁾. En una mastitis difusa se visualizan zonas hipocogénicas y disminución de la definición de las estructuras y, en el absceso, observamos una colección bien delimitada, irregular y de predominio hipocogénico.

El tratamiento consiste en antibiótico empírico previo al drenaje, drenaje completo de la colección y solicitud de cultivo microbiológico y mantener tratamiento antibiótico 7-10 días. La antibioterapia puede ser dirigida si se dispone de antibiograma; si no, antibioterapia empírica vía oral. El drenaje puede ser ecoguiado por aspiración cuando se trate de un absceso <5 cm, uniloculado y de fácil acceso. Ha de ser quirúrgico si fracasa el método previo o si el absceso es ≥5 cm, son múltiples, multiloculado o presentan formación de fístulas.

Recomendaciones finales

Los problemas técnicos en la lactancia natural tienen un origen común, el vaciado incompleto del pecho por diversas causas.

Es imprescindible realizar una anamnesis y exploración de la madre, del niño y de la toma para abordarlos adecuadamente.

El agarre no óptimo puede ser el origen y la causa inicial de los problemas,

y el pediatra debe estar capacitado para detectar y poner medidas de apoyo a la lactancia natural para evitar un destete no deseado.

Las recomendaciones que seguir se basan en unas medidas de prevención esenciales desde el nacimiento:

1. Propiciar el contacto piel con piel precoz e ininterrumpido tras el parto durante la primera hora de vida. Facilitar un agarre espontáneo al pecho.
2. Fomentar el apego materno.
3. Posicionar correctamente al lactante y asegurar un correcto agarre al pecho.
4. Realizar una lactancia a demanda en frecuencia y duración de las tomas, sin restricciones, y permitiendo que el lactante permanezca en un pecho hasta que se suelte espontáneamente antes de ofrecer el otro.
5. Amamantar día y noche para asegurar una adecuada producción de leche.
6. Favorecer una lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses.
7. Evitar suplementos de leche artificial sin indicación médica.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del presente manuscrito ni fuente de financiación.

Bibliografía

1. Martínez Rubio A, Galbe Sánchez Ventura J, Esparza Olcina MJ. Cuando amamantar duele. *Rev. Pediatr Aten Primaria Supl.* 2017; 19: 111-9.
2. Aksu H, Küçük M, Düzgün G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011; 24: 354-61.
3. Asensi Monzó M, Fabregat Ferrer E, Gutiérrez Sigler MD, Soriano Faura J. Atención en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad en la consulta de enfermera o pediatra. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2014; 16: 117-24.
4. IHAN Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Guía detallada para la aplicación paso por paso. Centros de Salud IHAN. Disponible en: https://www.ihan.es/wp-content/uploads/2024/04/1.-03_Guia-de-la-fase-3D-CS.pdf.
5. Duque G, Laredo S, Soriano JM. Validated questionnaires in spanish for research on

breastfeeding: A systematic review. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2022; 42: 43-57.

6. Pados BF, Park J, Estrem H, Awotwi A. Assessment Tools for Evaluation of Oral Feeding in Infants Younger Than 6 Months. *Adv Neonatal Care.* 2016; 16: 143-50.
7. Báez C, Blasco R, Martín E, del Pozo ML, Sánchez AI, Vargas C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. *Análisis de fiabilidad. Index de Enfermería.* 2008; 17: 205-9.
8. Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2016; 11: 46-53.
9. Amir LH, Baeza C, Charlamb JR, Jones W. Identifying the cause of breast and nipple pain during lactation. *BMJ.* 2021; 374: n1628.
10. Cruz PV, Souza-Oliveira AC, Notaro SQ, Occhi-Alexandre IGP, Maia RM, De Luca Canto G, et al. Prevalence of ankyloglossia according to different assessment tools: A meta-analysis. *J Am Dent Assoc.* 2022; 153: 1026-40.e31.
11. Cordray H, Raol N, Mahendran GN, Tey CS, Nemeth J, Sutcliffe A, et al. Quantitative impact of frenotomy on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Res.* 2024; 95: 34-42.
12. Brown A, Rance J, Bennett P. Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. *J Adv Nurs.* 2016; 72: 273-82.
13. Zimmerman E, Thompson K. Clarifying nipple confusion. *J Perinatol.* 2015; 35: 895-9.
14. Zakarija-Grkovic I, Stewart F. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 9: CD006946.
15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_formacion/_es_def/adjuntos/ Metodologia_GCP_Lactancia_Materna_140617.pdf.
16. Miller V, Riordan J. Treating postpartum breast edema with areolar compression. *J Hum Lact.* 2004; 20: 223-6.
17. Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I, et al. Academy of Breastfeeding Medicine. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeed Med.* 2022; 7: 360-76. Sustituye a: Protocolo de la ABM. Protocolo clínico de la ABM #20. Congestión mamaria. *Breastfeed Med.* 2009; 4: 111-3.
18. Wilson E, Woodd SL, Benova L. Incidence of and risk factors for lactational mastitis: A systematic review. *J Hum Lact.* 2020; 36: 673-86.

19. Espínola-Docio B, Costa-Romero M, Díaz-Gómez NM, Paricio-Talayero JM. Mastitis: Puesta al día. Archivos Argentinos de Pediatría. 2019; 114: 576-84.
 20. Crepinsek MA, Taylor EA, Michener K, Stewart F. Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2020; 9: CD007239.
 21. Espínola-Docio B, Costa-Romero M, Díaz-Gómez NM, Paricio-Talayero JM, AELAMA. ¿Cómo se debe tomar una muestra de leche humana para cultivar? 2018. Disponible en <https://aelama.org/wp-content/uploads/2024/04/muestra-de-leche-2018.pdf>.
 22. Espínola-Docio B, Costa-Romero M, Díaz-Gómez NM, Paricio-Talayero JM, AELAMA. ¿Qué es una mastitis? 2018. Disponible en: <https://aelama.org/wp-content/uploads/2024/04/mastitis2018.pdf>.
 23. Notarbartolo V, Giuffrè M, Montante C, Corsello G, Carta M. Composition of Human Breast Milk Microbiota and Its Role in Children's Health. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2022; 25: 194-210.
 24. Dombrowska-Pali A, Wiktorczyk-Kapischke N, Chrustek A, Olszewska-Słonina D, Gospodarek-Komkowska E, Socha MW. Human Milk Microbiome-A Review of Scientific Reports. Nutrients. 2024; 16: 1420.
 25. Organización Mundial de la Salud. Mastitis: causas y manejo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2000. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66925/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf.
 26. Johnson HM, Mitchell KB. Lactational phlegmon: A distinct clinical entity affecting breastfeeding women within the mastitis-abscess spectrum. Breast J. 2020; 26: 149-54.
 27. Mitchell KB, Johnson HM, Eglash A; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #30: Breast Masses, Breast Complaints, and Diagnostic Breast Imaging in the Lactating Woman. Breastfeed Med. 2019; 14: 208-14.
- Preguntas Test al artículo:
Dificultades técnicas en la lactancia materna**
1. Acude a su consulta un niño de 3 meses con bronquiolitis, tras reconocerlo y recomendar lactancia a demanda, la madre refiere que lleva dos días con hinchazón y dolor en el pecho y dificultad para la salida de la leche. ¿Qué piensa como causa más común?
 - a. Ingurgitación mamaria.
 - b. Mastitis.
 - c. Absceso mamario.
 - d. Infección vírica transmitida por el bebé.
 - e. Candidiasis.
 2. En una revisión a los 20 días de vida de un recién nacido, detecta un peso similar al del nacimiento. Ha hecho una historia clínica y una exploración física del lactante. La alimentación es lactancia materna exclusiva, el niño presenta buen estado, diuresis y deposiciones normales. ¿Cuál sería la actitud recomendada?
 - a. Suplementar con leche materna extraída.
 - b. Suplementar con fórmula de inicio.
 - c. Hacer doble pesada.
 - d. Hacer una exploración de la toma.
 - e. Hacer una analítica.
 3. En la exploración de un lactante de 8 días de vida, detecta un frenillo lingual y candidiasis en la boca. Ha ganado 100 gramos con respecto al peso de nacimiento y presenta diuresis y deposiciones normales amarillas tras las tomas. Pregunta a la madre cómo se encuentra ella y le realiza una exploración del pecho, que es normal y no tiene dolor. Observa una toma y el agarre y postura que son correctos. ¿Cuál sería la actitud recomendada en este caso?
 - a. Derivar para frenectomía.
 - b. Tratamiento del muguet.
 - c. Frenectomía y antifúngicos.
 - d. Evitar tomas al pecho hasta la resolución del muguet.
 - e. No precisa tratamientos.
 4. ¿Cuándo se deben realizar cultivos de leche materna en caso de una madre que presenta mastitis aguda?
 - a. Si hay respuesta tras 48 h de tratamiento antibiótico empírico.
 - b. Tras prescripción antibiótica en caso de mastitis grave.
 - c. Primer episodio de mastitis.
 - d. Siempre.
 - e. Si hay un dolor profundo severo con sensación de quemazón en la mama.
 5. Ante una madre lactante que acude a la consulta por dificultades en la lactancia natural, NO está recomendado inicialmente:
 - a. Realizar una anamnesis.
 - b. Suplementación artificial.
 - c. Explorar el pecho de la madre.
 - d. Valorar una toma en la consulta.
 - e. Explorar al lactante.
 6. El abordaje y manejo del dolor y las grietas consiste en evaluar y tratar la causa probable, siguiendo estas recomendaciones excepto una:
 - a. Limitar el tiempo de lactancia materna para aliviar el dolor.
 - b. Facilitar una posición adecuada y un agarre correcto al pecho.
 - c. Realizar un masaje previo y extraer un poco de leche antes de comenzar la toma.
 - d. Dejar secar al aire el pezón tras la toma.
 - e. Comenzar la toma por el pezón menos afectado y, posteriormente, cambiar al lado más afecto.
 7. Cuando el frenillo es corto y la madre siente dolor al amamantar, se debe recomendar en primer lugar:
 - a. El cambio de postura para amamantar.
 - b. Frenectomía.
 - c. Extracción de leche y administración con biberón.
 - d. Valoración por cirujano.
 - e. Analgesia materna.
 8. Es característico del dolor, debido a la presencia de grietas en los pezones:
 - a. Va acompañado de fiebre.
 - b. Hay una zona indurada en el pecho, por fuera de la areola.
 - c. Es muy intenso y mantenido al terminar la toma.
 - d. Dolor leve y bien tolerado durante la toma, aumenta fuera de la toma.
 - e. El dolor es máximo al inicio de la toma y va disminuyendo poco a poco y desaparece cuando el lactante suelta el pecho.
- Pregunta 1: Respuesta correcta: a.*
Pregunta 2: Respuesta correcta: d.
Pregunta 3: Respuesta correcta: b.
Pregunta 4: Respuesta correcta: e.
Pregunta 5: Respuesta correcta: b.
Pregunta 6: Respuesta correcta: a.
Pregunta 7: Respuesta correcta: a.
Pregunta 8: Respuesta correcta: e.