

1. Introducción

En los últimos años, la lactancia materna está siendo objeto de un renovado interés en los países desarrollados, debido a los beneficios que este tipo de alimentación proporciona a la pareja madre-hijo a corto, medio y largo plazo.

En la actualidad se reconoce que la leche materna es el mejor alimento para el recién nacido. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y que, llegada esta edad, el destete se realice de forma gradual, de manera que la lactancia se mantenga durante un tiempo no inferior a los 2 años

LACTANCIA MATERNA
EL ALIMENTO PERFECTO



1. Introducción

VENTAJAS EN EL LACTANTE



- ✓ **50% menos** de probabilidad de **enfermedades** en el primer año de vida.
- ✓ Riesgo 10 veces menor de **hospitalización** en el primer año de vida.
- ✓ Disminuye un tercio el riesgo de **muerte súbita**.
- ✓ Menor riesgo de **obesidad** e **HTA** en adultos.
- ✓ Protege frente **diabetes tipo I, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn**.



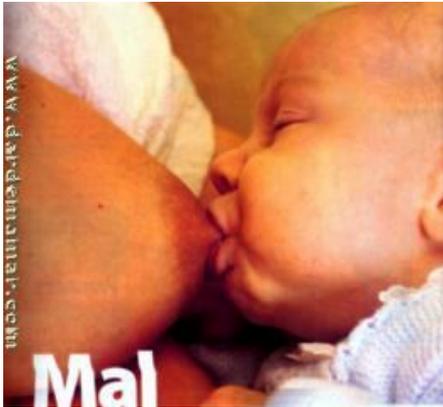
1. Introducción

BENEFICIOS PARA LA MADRE

- ✓ Ayuda a recuperar el aspecto físico, facilitando la pérdida de peso.
- ✓ Favorece la involución del útero, ya que la succión estimula las contracciones uterinas.
- ✓ Reducción del riesgo de cáncer de ovario y de mama.
- ✓ Reducción del riesgo de fractura de cadera durante la menopausia.
- ✓ Ofrece ventajas psicológicas: tranquiliza al bebé, da seguridad a la madre y fortalece su vínculo.

¿QUÉ PROBLEMAS PUEDEN CONDUCIR AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA?

1. Introducción



**MAL
ENGANCHE**

**PERLA
BLANCA**



GRIETAS



¿Y MI TOMA?

RESTRICCIÓN DE TOMAS



**SÍNDROME DE
RAYNAUD**

MASTITIS AGUDA

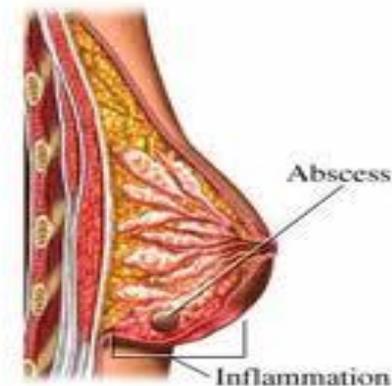
2. Definición

INFLAMACIÓN DE UNO O VARIOS LÓBULOS DE LA GLÁNDULA MAMARIA, ACOMPAÑADA O NO DE INFECCIÓN

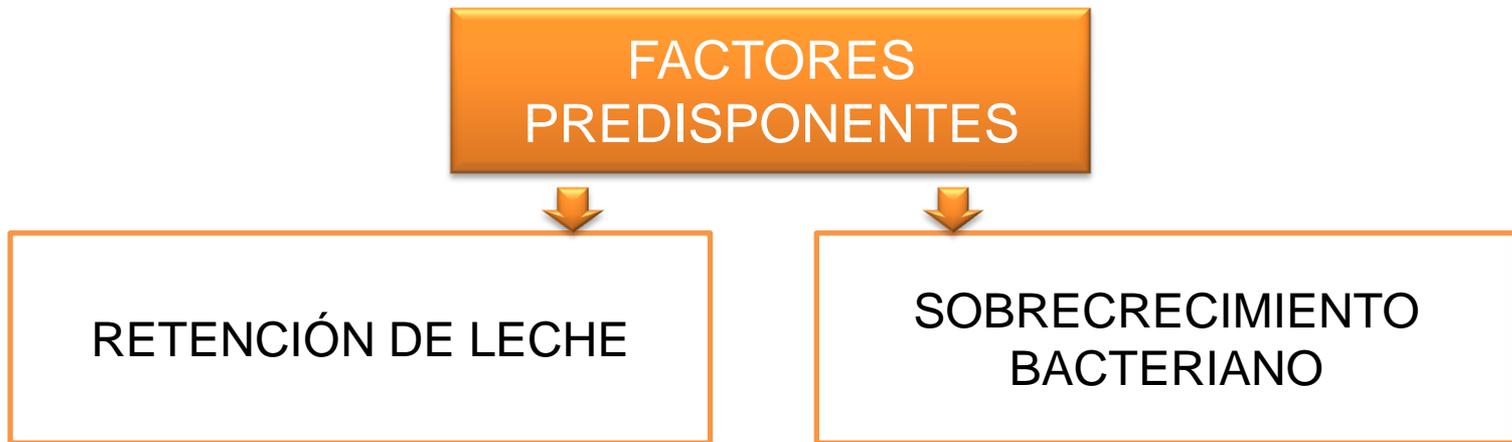
ALTERACIÓN DE LA MICROBIOTA FISIOLÓGICA

10% INCIDENCIA

- Generalmente **unilateral** (3%-12% de afectación bilateral)
- Además del tejido glandular, suelen afectarse otras estructuras
- Suele ocurrir en los **tres primeros meses**, especialmente entre la 2ª y la 3ª semana posparto
- Tasa de recurrencia entre el 4-8%



3. Factores predisponentes



En la leche, existen **sustancias proinflamatorias** y **elementos celulares activados** que, si permanecen tiempo en contacto con el epitelio de la glándula mamaria, pueden desencadenar una respuesta inflamatoria.

Si, además, hay sobrecrecimiento bacteriano, puede producirse una mastitis aguda e, incluso, abscesos.

RETENCIÓN DE LECHE

- Obstrucción de los conductos lácteos
- Tomas poco frecuentes o programadas
- Separación de tomas
- Agarre inadecuado con extracción ineficaz
- Separación entre madre y Rn en las primeras 24 h

FACTORES MATERNOS

- Disminución de las defensas maternas posparto / estrés
- Malnutrición
- Grietas
- Mastitis previa
- Estado de portador de S.Aureus en nariz
- Variaciones en la anatomía de la mama (pezón plano, invertido)
- Conductos bloqueados, perlas de lactancia

OTROS

- Bombas de extracción en madres con bebés en UCIN
- Higiene inadecuada de los sets de extracción o falta de higiene de manos
- Uso de chupetes
- Abuso de pomadas antifúngicas
- Uso rutinario de cremas “anti-grietas”

4. Etiopatogenia

FLORA BACTERIANA O MICROBIOTA DE LA LECHE MATERNA

Bacterias mutualistas y prebióticas claves en el inicio y desarrollo de la flora intestinal neonatal fundamentales en la reducción de infecciones, ya que inhiben el crecimiento de bacterias patógenas

DISBACTERIOSIS



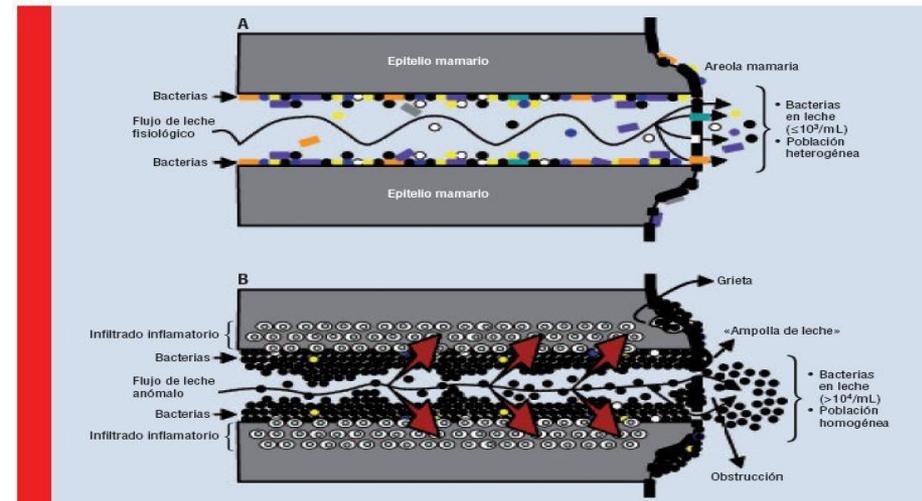
MASTITIS

Agentes etiológicos:

- Staphylococcus aureus Methicillinresistant
- Staphylococcus aureus

↑ Staphylococos

↓  Lactobacilos



5. Clínica

DOLOR MAMARIO

SIGNOS INFLAMATORIOS

- Calor
- Rubor
- Eritema

CUADRO SISTÉMICO

- Temperatura superior a 38,5 °C
- Decaimiento
- Dolores articulares
- Escalofríos
- Náuseas

LESIONES DOLOROSAS EN PEZÓN

- Irritación
- Grietas

80% de los casos



6. Diagnóstico

- ➔ **2** SIGNOS O SÍNTOMAS LOCALES EN LA MAMA
- ➔ **1** SÍNTOMA SISTÉMICO



Organización
Mundial de la
Salud



Academy of
**Breastfeeding
Medicine**

CULTIVO DE LECHE EN CASO DE

- Mala evolución tras dos días de antibioterapia correcta
- Recidivas
- Mastitis de origen nosocomial
- Cuadros graves
- Madres alérgicas a tratamientos habituales
- Madres de prematuros
- Poblaciones con alta prevalencia de SARM

En estos casos se podría
evaluar evitar la
administración de la
leche del pecho afecto
hasta la negativización
del cultivo

6. Diagnóstico

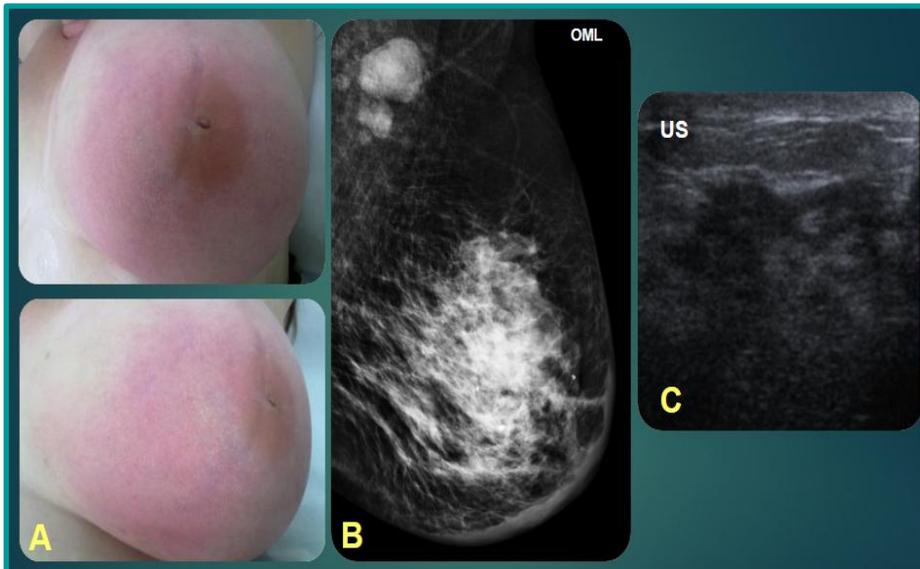
RECUESTO LEUCOCITARIO EN EL CULTIVO DE LECHE

Permite diferenciar:

- Estasis de leche
- Mastitis no infecciosa e infecciosa

	Leucocitos/ml de leche	Bacterias/ml de leche
Estasis	$< 10^6$	$< 10^3$
Mastitis no infecciosa	$> 10^6$	$< 10^3$
Mastitis infecciosa	$> 10^6$	$> 10^3$

ml: mililitros.



ECO MAMARIA

- Mala evolución
- Descartar:
 - Abscesos
 - Cáncer inflamatorio de mama
 - Cáncer ductal

EXTRACCIÓN MANUAL DE LA LECHE (técnica de Marmet)

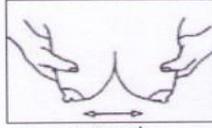
FASE 1. MASAJE



1. Masajea



2. Frota

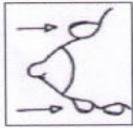


3. Sacude

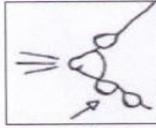
FASE 2. EXTRACCIÓN



1. Coloca



2. Comprime

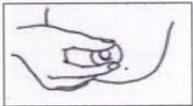


3. Ordeño
en dirección al
pezón sin deslizar
los dedos



4. Repite

ACCIONES



No exprimas



No deslices



No estires

7. Tratamiento

MEDIDAS GENERALES PARA MANTENER LA LACTANCIA

- Apoyo emocional para afrontar el dolor y la incomodidad.
- Adecuada nutrición y reposo.
- Usar sujetador no apretado.
- Aplicar calor local brevemente antes de las tomas y compresas frías tras las tomas para reducir edema y dolor.

DRENAJE / VACIAMIENTO DEL PECHO

- Tomas frecuentes, iniciando la toma por el pecho afecto
- Favorecer la salida de la leche retenida, posicionando la barbilla del lactante sobre la zona afectada
- Masaje de la mama desde la zona bloqueada hasta el pezón
- Drenaje completo de los pechos tras la toma (con extractor o manualmente)

7. Tratamiento

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

- Si persisten los síntomas más de 24 horas
- Si empeoran (pese a las medidas anteriores)
- En casos graves refractarios
- Síntomas graves

<i>S. aureus</i>	<i>S. aureus</i> , MRSA	Alergia a Penicilia	Casos graves
Cloxacilina: 500-1000 mg/4-6 h.	Clindamicina: 300 mg/8 h.	Clindamicina: 300 mg/6-8 h.	Ingreso hospitalario.
Amoxicilina-clavulánico: 875-1000/125 mg/8 h (1ª elección en nuestro medio)	Trimetoprim-sulfametoxazol (> 1 mes): 160/800 mg/12 h.	Eritromicina: 250-500 mg/6 h. Ciprofloxacino: 500-750 mg/12 h por 7-10 días.	Vancomicina intravenosa: 15-20 mg/kg/12 h.
Cefalexina: 500 mg/6 h.			

S. aureus: *Staphylococcus aureus*; MRSA: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina; mg: miligramos; h: horas.

1. Tratamiento

ANTIINFLAMATORIOS

- Ibuprofeno (400 - 600 mg cada 6-8 h)
- Compatible con la lactancia
- Deben tomarse desde el inicio de los síntomas:
 - Calman el dolor
 - Disminuyen la inflamación

Facilita la eyección de leche



Primeras 24 h	<ul style="list-style-type: none">• Drenaje eficaz del pecho: optimizando la postura y completando con sacaleche si fuera necesario.• Reposo.• Antiinflamatorios: Ibuprofeno (400-600 mg/h).
Sin mejoría	<ul style="list-style-type: none">• Drenaje eficaz del pecho.• Antibioterapia empírica: Amoxicilina-clavulánico (875/125 mg/8 h).
Se debe realizar cultivo	<ul style="list-style-type: none">• Sin respuesta al antibiótico en 48 h.• Mastitis nosocomial.• Mastitis grave.• Alergia a antibióticos.

8. Complicaciones

RETRASAR EN INICIO DEL TTO AUMENTA EL RIESGO DE COMPLICACIONES

ABSCESOS

- Incidencia variable (0,5%- 11%)
- Agente causal más frecuente es el MRSA
- Aparece como un nódulo bien definido, eritematoso y doloroso
- TRATAMIENTO → Intensificar la antibioterapia y extraer el contenido purulento por aspiración con aguja o drenaje



DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS

EXPLORACION

CULTIVO DE LECHE

ECOGRAFÍA

RECIDIVAS

- Tratamiento inapropiado o de corta duración / SARM / Patología grave subyacente
- Atb según cultivo y drenaje del pecho
- Profilaxis antibiótica continua durante toda la lactancia con eritromicina (500 mg/día) o clindamicina (300 mg/día)
- Puede desarrollarse una mastitis recurrente o crónica
- Interrupción de la lactancia: debido al dolor y al malestar → **La tasa de abandono de la lactancia en una mastitis es muy elevada**

9. Mastitis crónica o recurrente

INCIDENCIA 7% - 12%

PRINCIPAL CAUSA

Tto inadecuado de una mastitis aguda
(aunque existen otras entidades)

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS
EXPLORACION
CULTIVO DE LECHE
ECOGRAFIA



TRATAMIENTO

ANTIBIOTERAPIA SEGÚN CULTIVO:

- Durante al menos dos semanas
- Se intensificará el drenaje del pecho

Si recurrencia por agentes multirresistentes evaluar ingreso hospitalario para antibioterapia intravenosa.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA CONTINUA

durante toda la lactancia con eritromicina (500 mg/día) o clindamicina (300 mg/día).

Si existe infección por candidas asociada, se tratará a la madre y al niño con nistatina.

9. Mastitis crónica o recurrente

Causa primaria	Causas	Diagnóstico	Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Estasis de leche 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica incorrecta. • Compresión en el pecho. • Alteraciones anatómicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe observar la toma. • Ecografía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se deben modificar hábitos. • Se debe vaciar cada pecho totalmente.
<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Mastitis causadas por bacterias resistentes. • Asociación de bacterias y/u hongos. • Uso de pezoneras o sacaleches contaminados. • Infección bacteriana crónica. • Abscesos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo de leche para bacterias y hongos. • Se debe descartar colonización nasal por SA en el niño y la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento antibiótico: fármaco, posología y duración adecuada. • Tratamiento antifúngico. • Tratamiento antibiótico de mantenimiento. • Tratamiento antiinflamatorio precoz (ibuprofeno: 400-600 mg/8 h).
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades maternas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama. • Inmunodeficiencias (déficit de IgA). • Anemia, fatiga, estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma. • Estudio de inmunodeficiencias. • Ecografía/mamografía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antineoplásico. • Suplementos vitamínicos (A, E, Se). • Ejercicio físico.

SA: *Staphylococcus aureus*; IgA: inmunoglobulina A; Se: selenio.

INCIDENCIA MUY BAJA

10. Mastitis por CÁNDIDA

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

- Vaginitis por candidas periparto
- Grietas del pezón
- Corticoterapia o antibioterapia de amplio espectro en el parto o posparto
- Diabetes materna
- Candidiasis oral o en la zona del pañal del lactante

CLÍNICA

- Dolor punzante muy intenso durante y tras las tomas que se irradia por la mama y la espalda
- No se alivia aplicando calor o tras la extracción de leche
- Puede aparecer prurito
- El pezón puede estar levemente enrojecido y sensible con el tacto

DIAGNÓSTICO

- Cultivo (>100 UFC/ml de levaduras) u otras
- Cultivo con hierro, que inactiva la Lactoferrina
- Técnicas de reacción en cadena de polimerasa

TRATAMIENTO

Pomada de nistatina,
miconazol o clotrimazol
+
antiinflamatorios orales

Refractarias al tto tópico:
fluconazol oral

Tto del lactante para
disminuir la probabilidad
de reinfección y la
infección vaginal materna
si la hubiera

INCIDENCIA MUY BAJA
ALTA RECURRENCIA

11. Mastitis GRANULOMATOSA

ETIOLOGÍA

- No está clara.
- Se postula que bacterias del género *Corynebacterium* spp, y en concreto *C. kroppenstedtii* juegan
- Origen autoinmune

CLÍNICA

- Zona dolorosa y de consistencia firme
- Signos inflamatorios en la piel circundante
- Ulcerarse
- Abscesos
- Fístulas
- Anatomopatológicamente, lobulitis crónica, necrotizante, no caseificante conformación de granulomas

DIAGNÓSTICO

- Diferencial con carcinoma de mama y mastitis tuberculosa

TTO

- Corticoides o inmunomoduladores y/o cirugía
- Si cultivo positivo → antibióticos

12. ASPECTOS CONTROVERTIDOS EN ESPAÑA

MASTITIS SUBCLÍNICA

- Sensación subjetiva de escasa producción de leche asociado a tomas largas, escasa ganancia ponderal, sin manifestaciones clínicas de mastitis aguda.
- La relacionan con prácticas inadecuadas de lactancia: tomas infrecuentes, administración de suplementos al lactante y vaciado incompleto de la mama.
- Representa el punto de partida de un continuo que, pasando por la mastitis aguda, puede conducir al absceso.

DIAGNÓSTICO

Alteración en la composición de la leche:

- Aumento de sodio (pasa de 6 a 20 mEq/L)
- Relación sodio/potasio superior a 1
- Aumento de mediadores inflamatorios (interleucina 8)

TRATAMIENTO

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
Y A DEMANDA

MASTITIS SUBAGUDA O DOLOR DEL PEZÓN Y DEL PECHO

- El dolor crónico o recurrente en el pecho sin manifestaciones sistémicas de la mastitis aguda
- Problema frecuente
- Causa de destete precoz

12. ASPECTOS CONTROVERTIDOS EN ESPAÑA

ETIOLOGÍA

- Origen multifactorial
- Problemas de técnica de lactancia (enganche)
- Infecciones
- Eccema en el pezón
- Síndrome de Raynaud

CLÍNICA

- Dolor intenso punzante
- Sensación de quemazón o calambres durante la toma o al finalizarla que puede irradiarse hacia la axila
- Disminución de la producción láctea
- Ampolla o perla de leche

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN

TRATAMIENTO

Corrección de enganche, tratamiento de grietas, descartar anquiloglosia o Raynaud.

SI NO MEJORA

CULTIVO DE LA LECHE
+
ANTIBIÓTICOS

12. ASPECTOS CONTROVERTIDOS EN ESPAÑA

EMPLEO DE PROBIÓTICOS

Estudios clínicos realizados recientemente han demostrado que **ciertos probióticos del grupo *Lactobacillus***, como *L. salivarius* o *L. fermentum*, **pueden restablecer la flora bacteriana de la mama**

Ensayo clínico 1: Tratamiento de las mastitis infecciosas durante la lactancia.

Conclusión: alternativa eficaz a la utilización de antibióticos.

Ensayo clínico 2: Evaluar la eficacia de *Lactobacillus fermentum* CECT5716 para reducir la carga de *Staphylococcus* en leche materna de las mujeres lactantes que sufren de dolor de pecho.

Conclusión: reduce la carga de *Staphylococcus* en la leche, aliviando los síntomas.

Ensayo clínico 3: Prevención de mastitis.

Conclusión:

- Reducción incidencia
- Disminución de síntomas
- Disminuye la concentración de *Staphylococcus* en leche materna
- Concentración inferior de marcador pro-inflamatorio
- Menor necesidad de fármacos

POCAS PRUEBAS CIENTÍFICAS

Necesario realizar más estudios sobre su eficacia y su relación coste-beneficio para conocer su papel en el tratamiento de mastitis y dolor mamario

PREVENCIÓN DE ESTASIS DE LECHE

- Lactancia materna a demanda
- Evitar suplementos de fórmula sin indicación médica
- Evitar ropa ajustada y posturas que compriman el pecho
- Extracción tras la toma si el drenaje es incompleto o si fuera necesario administrar suplementos al bebé

EDUCACIÓN MATERNA

- Extracción de leche
- Exploración de la mama
- Identificación de estasis de leche, ingurgitación e inflamación.

HIGIENE DE MANOS Y DE LOS EXTRACTORES

CONSULTA INMEDIATA ANTE LOS SIGNOS SUGESTIVOS DE MASTITIS

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE GRIETAS SOBREINFECTADAS CON SA

- Tratamiento antibiótico de grietas sobreinfectadas con SA. Se sospechará si aumento del dolor, eritema, exudación o cicatrización retrasada. Puede iniciarse antibioterapia tópica (mupirocina 2%) y si no hay mejoría pautar tratamiento sistémico.

14. CONCLUSIONES

- **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MASTITIS** → SE BASA EN REALIZAR UN **BUEN VACIADO DEL PECHO** PARA EVITAR LA ESTASIS DE LECHE.
- EL **DIAGNÓSTICO DE MASTITIS AGUDA** ES FUNDAMENTALMENTE **CLÍNICO**.
- ÚNICAMENTE EN DETERMINADOS CASOS ESTÁ INDICADO EL **CULTIVO DE LECHE** CON FINES **DIAGNÓSTICOS** Y DE ELECCIÓN DE **ANTIBIOTERAPIA**.
- LA **MASTITIS POR CÁNDIDAS NO ES FRECUENTE** → ES PRECISO DEMOSTRARLA MICROBIOLÓGICAMENTE.
- CUANDO LA LACTANCIA CURSA CON **MAL AUMENTO PONDERAL** DEL LACTANTE, SE RECOMIENDA HACER UNA BUENA ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN, **REVISAR LA TÉCNICA Y ESTIMULAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE** AUMENTANDO EL NÚMERO DE TOMAS Y/O MEDIANTE EXTRACCIÓN FRECUENTE.
- **NO HAY PRUEBAS SUFICIENTES** DE LA EFECTIVIDAD Y RELACIÓN COSTE-BENEFICIO DE LOS PROBIÓTICOS EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA MASTITIS.



14. CONCLUSIONES

- ANTE UN **DOLOR CRÓNICO O RECURRENTE DEL PEZÓN Y DEL PECHO** QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTOS CONSERVADORES (CORRECCIÓN DE TÉCNICA, TRATAMIENTO TÓPICO, ETC.) Y TRAS DESCARTAR OTROS PROBLEMAS COMO ANQUILOGLOSIA O SÍNDROME DE RAYNAUD, ETC., CONVIENE REALIZAR **CULTIVOS** PARA DESCARTAR INFECCIÓN BACTERIANA A TRATAR CON ANTIBIOTERAPIA SISTÉMICA.
- **NO HAY PRUEBAS SUFICIENTES** DE LA ETIOPATOGENIA Y EXISTENCIA DE OTROS TIPOS DE MASTITIS EN LA MUJER, COMO LA SUBCLÍNICA O LA SUBAGUDA, NI DE QUE SEAN RESPONSABLES DEL DOLOR MAMARIO O DEL ESCASO AUMENTO PONDERAL DEL LACTANTE.
- **SE NECESITAN MÁS ESTUDIOS** SOBRE LA ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO, CRÓNICO Y RECURRENTE O INEXPLICADO DEL PEZÓN Y DEL PECHO. MIENTRAS NO SE ENCUENTRE LA CAUSA HAY QUE LLAMARLO SINDRÓMICAMENTE COMO DOLOR DE PECHO O MASTALGIA, AGUDA, CRÓNICA O RECURRENTE SIN RECURRIR A TÉRMINOS DE DUDOSA UTILIDAD CLÍNICA Y TERAPÉUTICA.

Muchas gracias



 **quirónsalud**
La salud persona a persona

Email: RMaqueda@quironsalud.es

