

Manejo de las patologías más frecuentes de la mama lactante

INGURGITACIÓN



La *ingurgitación temprana* (en los primeros días postparto) se debe a cambios hormonales. La mama aumenta de volumen por acúmulo de líquido intersticial y aumento de la producción láctea.

SÍNTOMAS: ambas mamas tienen consistencia dura, con la piel a tensión. Dolor bilateral. NO síntomas sistémicos.

OBSTRUCCIÓN DE CONDUCTO



La *obstrucción de conducto* se debe a un drenaje insuficiente de la mama, generalmente por una postura inadecuada o dificultad de succión del lactante.

SÍNTOMAS: dolor intenso, localizado en una de las mamas, pudiendo verse o no una zona enrojecida y caliente. No hay sintomatología sistémica.

MASTITIS AGUDA



La *mastitis aguda* tiene una etiología múltiple. Suele asociarse a agarre inadecuado y drenaje ineficaz y a grietas en los pezones.

SÍNTOMAS: dolor intenso, localizado en una de las mamas, pudiendo verse o no una zona enrojecida y caliente. Cursa con fiebre >38,5°C y malestar general intenso, siendo este síntoma sistémico el que la distingue de la obstrucción.

Tratamiento de primera línea para las tres patologías: DRENAJE FRECUENTE Y EFECTIVO

Son MEDIDAS DE CONFORT pero NO tratamiento:
Calor/frío: pueden producir efecto rebote y no deben usarse más de 5 minutos seguidos
Analgésicos/antiinflamatorios orales
Masaje: no es eficaz por sí mismo; sólo es útil si va asociado a un drenaje eficaz.

NO existe evidencia para el uso en estas patologías de:
Hojas de col, Inyecciones de oxitocina, ultrasonidos, probióticos

Debe ser *el lactante* quien drene la mama, con tomas frecuentes. Si no tiene hambre o no es capaz, entonces:
PASO 1º: EXTRACCIÓN MANUAL, hasta que la areola se ablande y comience a gotear la leche. Puede usarse presión inversa suavizante.
PASO 2º: una vez que fluya la leche, y no antes, podemos pasar a usar extractor de leche, eligiendo una talla de copa adecuada.
Drenar la mama de forma frecuente (cada hora y media-dos horas) y eficaz durante la ingurgitación cuando el bebé no es capaz, NO aumenta la producción de leche y SI evita daños irreversibles a los alveolos, que sufren por exceso de presión.

Debe ser *el lactante* quien drene la mama, con tomas frecuentes. Si no tiene hambre o no es capaz, entonces:
La madre debe hacer extracciones frecuentes (cada hora y media-dos horas) y eficaces de la mama obstruida. Puede usar extracción manual o usar extractor de leche, eligiendo una talla de copa adecuada.

Debe ser *el lactante* quien drene la mama, con tomas frecuentes. Si no tiene hambre o no es capaz, entonces:
La madre debe hacer extracciones frecuentes (cada hora y media-dos horas) y eficaces de la mama obstruida. Puede usar extracción manual o usar extractor de leche, eligiendo una talla de copa adecuada.
Se recomienda reposo materno, buena nutrición e hidratación.

El 85% de las mastitis agudas curan con drenaje frecuente y eficaz.
Si tras 12-24 horas de drenar persiste la fiebre, se inicia antibioterapia empírica frente a *S aureus*: cloxacilina 500 mg/6 horas 12 días o cefadroxilo 500 mg/12 horas 12 días.

Solicitaremos cultivo de leche SÓLO SI:

- Tras 48 horas de antibioterapia empírica no hay mejoría
- Mastitis aguda nosocomial o de clínica atípica/grave
- Paciente alérgica a los antibióticos más habituales

BIBLIOGRAFIA

1. Mangesi L, Zakarija-Grkovic I. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 6. Art. No.: CD006946. DOI: 10.1002/14651858.CD006946.pub3
2. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
3. Baeza C. Acute, Subclinical, and Subacute Mastitis: Definitions, Etiology, and Clinical Management. *Clinical Lactation* 2016, Vol 7, Num 1
4. Lisa H. Amir and The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, 2014. *Breastfeeding Medicine* Vol 9, Num 5