

## **SOLUCIONES A PROBLEMAS DURANTE LA LACTANCIA**

### **PEZONES:**

Hay muchas formas y tamaños diferentes pudiendo lactar los bebés prácticamente de casi todos ellos.

#### **Pezones cortos:**

No tienen por qué dar problemas puesto que se mama cogiendo el pezón y parte o toda la areola. La madre puede necesitar ser reafirmada para tener éxito.

#### **Pezones largos:**

Pueden dar dificultad hasta que aprenda a manejarse con ellos porque el bebé puede querer coger sólo del pezón y no tejido mamario subyacente. La mamá puede necesitar ayuda para enseñar a su bebé a coger bien el pecho.

#### **Pezones anormalmente grandes:**

Puede ocurrir que el bebé no pueda coger más allá del pezón. La lactancia puede comenzar por expresión y a medida que el bebé crezca le será más fácil la succión.

#### **Pezones planos e invertidos:**

Es muy importante ayudar a la madre desde el nacimiento del bebé. No es necesario diagnosticarlos durante el embarazo, como se creyó en un principio, donde, a las madres se les decía simplemente que iban a tener dificultades o se les pedía que practicasen los ejercicios de Hoffman, consistentes en ciertas maniobras de estiramiento de los pezones y/o uso de pezoneras formadoras. Un estudio posterior demostró que en todos los grupos (ejercicios, pezoneras, ambos o nada), el 60% de los pezones habían salido en el momento del parto, es decir, que hay una evolución normal que no se modifica con la intervención. Las madres que usaron pezoneras “formadoras” durante el embarazo dieron menos pecho que las otras, probablemente por lo incómodas que fueron.

Así y ante todo, que la mamá tome confianza en el proceso y piense que la dificultad se resolverá, probablemente en una o dos semanas aunque eso sí, con tesón.

La madre debe saber que el bebé mama del pecho, no del pezón. A medida que el bebé vaya haciendo tetadas irá dando forma a pecho y pezón, hasta que este último protubere.

Es importante el contacto piel con piel de la madre y su bebé para que éste explore, escuche, toque, huelga, chupe.

Prestar ayuda a la madre, si lo necesita, a la hora de colocar a su bebé al pecho para que pueda

agarrar bien. Es importante comenzar cuanto antes para que los pechos no estén demasiado llenos. Pueden probarse distintas posturas hasta dar con la más idónea.

Puede ser interesante hacer que el pezón salga antes de amamantar para facilitar su agarre, tal como un pequeño estímulo, sacaleches o jeringa. La madre también puede tomar su pecho con la mano contraria, en forma de C, con el dedo pulgar por encima y el resto por debajo de la mama.

Si, a pesar de todo lo expuesto, el bebé sigue sin succionar de forma eficaz, se puede extraer la leche, dándola al bebé con cucharilla, vasito o jeringa (sin aguja). Así, el bebé se alimentará y se mantendrá la producción de leche.

También se pueden exprimir unas gotas de leche en la boca del bebé para hacerle desear la succión.

### **RESUMEN**

#### **PEZONES PLANOS E INVERTIDOS**

##### *Tratamiento prenatal*

Probablemente no sea eficaz

##### *Inmediatamente tras el parto*

Reforzar la confianza de la madre

Recordar que el bebé mama del

**PECHO**

Permitir que el bebé explore piel a piel

Ayudar a la madre a colocar al bebé

Variar posiciones de amamantamiento

Ayudar a que el pezón destaque

Usar sacaleches, jeringa..

##### *En la primera o dos semanas primeras, si fuera necesario*

Extraer la leche materna y dársela al bebé con cucharilla, vasito, jeringa..

Extraer la leche directamente en la boca del bebé.

### **INGURGITACIÓN O PLÉTORA:**

Puede ocurrir en los primeros días si no se inicia la lactancia de forma precoz y/o se amamanta poco.

Caracterizada por:

- Congestión y aumento de vascularización y líquido intersticial fisiológicos. El drenaje linfático y venoso está obstruido, el flujo de leche obstaculizado y la presión en los conductos lácteos y en los alvéolos aumenta.
- Acumulación de leche

Los pechos se ponen hinchados y edematosos. La areola se pone tirante y al bebé le cuesta mucho mamar puesto que el pezón puede llegar a desaparecer. A su vez, si se agarra en mala posición, puede causar grietas. Ante el dolor producido por éstas, la madre amamanta menos. En consecuencia, disminuye la producción de leche o puede obstruirse algún conducto que, no tratado, acabe en mastitis y absceso.

Generalmente, tanto en la plétora fisiológica como en la ingurgitación se afectan por igual ambos pechos, no obstante hay diferencias importantes:

<i>Pecho lleno</i>	<i>Ingurgitación</i>
Caliente, duro, firme	Agrandado, hinchado, doloroso
No está brillante	Puede estar brillante con áreas enrojecidas difusas. El pezón aplanado.
La leche fluye bien	La leche no fluye fácilmente.
Fácil succión y vaciamiento.	Difícil agarre. Fiebre a las 24 h.

**RESUMEN  
CAUSAS Y PREVENCIÓN DE LA  
INGURGITACIÓN**

<i>Causas</i>	<i>Prevención</i>
Mucha leche	Amamantar frecuentemente
Retraso en el inicio de la lactancia	Inicio precoz de la lactancia
Agarre deficiente	Asegurar un buen agarre
Extracción poco frecuente de leche	Estimular la lactancia sin restricciones
Restricción de la duración de las mamadas	Amamantar al bebé hasta que él suelte el pezón.

**Tratamiento de la ingurgitación:**

Favorecer que la leche fluya.

Si el bebé puede mamar debe hacerlo frecuentemente.

Si el bebé no puede succionar, extraer la leche y dársela con cucharilla, vasito o jeringa.

A veces es suficiente con extraer unas gotas para que el pecho se ablande y quede dispuesto para que el bebé mame. Si la maniobra resulta dolorosa y no sale o sale poco, no insistir porque, tal vez, predomina el componente vasculo-inflamatorio.

Si se extrae la leche para aliviar, ¿no se produce más?. Tal vez sí, pero se puede volver a extraer. La prioridad es aliviar las molestias de la madre.

Antes de amamantar o de extraer la leche, estimular el reflejo de oxitocina de la madre.

¿Cómo?:

- Colocando una compresa tibia y húmeda sobre los pechos o tomar una ducha tibia.
- Recibiendo masajes en cuello y espalda.
- Dando masaje en los pechos de forma

Araceli Orduna

delicada.

- Estimulando la piel de la mama y el pezón.
- Relajándose.

En ocasiones, la colocación en los pechos de compresas frías, entre toma y toma, puede ayudar a aliviar el edema.

Los estudios no son definitivos sobre el empleo de calor o frío, por ello, se hará según lo sienta la madre.

Hojas de col como calmantes. Muy usadas en los países anglosajones, las matronas inglesas hacen referencia a ellas. Consiste en envolver el pecho durante unas horas con hojas de col. Ésta tiene agentes antiinflamatorios y su eficacia aumenta doblando y rompiendo los nervios de las hojas. Los estudios realizados, aún no siendo concluyentes, dicen aliviar el dolor pero que no acortan la infección, si la hay.

**RESUMEN  
TRATAMIENTO DE LA INGURGITACIÓN  
No hacer descansar el pecho**

*Si el bebé puede succionar*

Mamadas frecuentes. Ayudar a colocar al bebé

*Si el bebé no puede succionar*

Extraer la leche manualmente o con sacaleches

*Antes de la mamada para estimular el reflejo de oxitocina*

Compresas tibias o ducha tibia

Masaje en cuello y espalda

Masaje delicado en el pecho

Estímulo de la piel del pezón

Ayudar a la madre a relajarse

*Después de la mamada para reducir el edema*

Compresas de agua fría sobre los pechos

Atención a los deseos de la madre

respecto del calor o frío sobre los pechos. Puede depender de la estación del año

**PEZONES INFLAMADOS Y DOLORIDOS:**

Los pezones se adaptan de forma natural a la lactancia así que amamantar no tiene por qué doler. Acaso, las primeras succiones pueden resultar algo dolorosas pero si persiste la incomodidad a lo largo de la tetada deberá buscarse alguna causa.

**-Buscando la causa:**

Observar al bebé amamantando y buscar signos de mala posición.

Examinar los pechos buscando plétora, grietas, signos de infección por *Cándida*, frenillo sublingual. Uso de sustancias irritantes como cremas, pomadas, agua y jabón, fibras artificiales en el sujetador, detergentes o

suavizantes en la ropa, exceso de humedad por discos empapadores plastificados.

**-Aportando soluciones:**

Aumentar la confianza de la madre en sus propias habilidades. Explicar que la inflamación y el dolor son transitorios y que pronto la lactancia será gratificante.

Ayudar a mejorar la posición, tanto de la mamá como del bebé que es, posiblemente, la causa más común. La mamá puede continuar amamantando sin necesidad de dejar “descansar” el pecho.

Si hay plétora se debe amamantar con frecuencia o extraer la leche de forma transitoria.

Si hay grietas, corregir la postura, etc. (Atención al capítulo sobre la postura).

**-Aconsejando a la madre:**

No es necesario lavar los pechos antes y después de cada toma. Un baño normal, igual que para el resto del cuerpo es todo lo que se necesita. El lavado continuo retira los aceites naturales de la piel y hace más probable que se produzca la entrada de gérmenes patógenos.

En lociones y ungüentos medicamentosos no está demostrada su eficacia, entre otras cosas porque hay que retirarlos antes de amamantar y ello ya implica hurgar entre la piel de los pezones.

Los discos protectores no permiten transpirar y mantienen la zona húmeda, ideal para cultivar gérmenes.

Cuando sea posible, se pueden dejar los pezones al aire y al sol, este último con precauciones en el tiempo de exposición y la hora.

Al finalizar la toma se puede extender un poco de la propia leche por el pezón y parte de la areola y dejar secar que, aunque no hay estudios científicos que lo demuestren, parece que es eficaz. Sí existe el fundamento teórico de los anticuerpos y el factor de crecimiento epidérmico en la leche.

Ofrecer primero el pecho menos dolorido ya que el bebé succiona con más fuerza cuando tiene hambre. O no esperar a que tenga excesiva hambre.

El uso de pezoneras alivia el dolor y, en ocasiones, permite que los pechos se curen, pero no eliminan el origen del problema y pueden dificultar la lactancia porque disminuye la eficacia del vaciado y baja la producción de leche de forma generalizada porque el estímulo no se hace directamente sobre la piel. (Existen nuevos modelos con el disco recortado que si se toca el pecho con los labios y parecen mejorar el amamantamiento en algunas ocasiones).

**RESUMEN**

**PEZONES INFLAMADOS Y DOLOROSOS**

<i>Causa del problema</i>	<i>Solución</i>
Mala posición	Corregir la posición
Plétora	Amamantar frecuentemente
Grietas	Corregir posición (Ver capítulo aparte)
<i>Cándida</i>	Aplicar tratamiento
<i>Consejos generales para la madre</i>	
No hace falta lavarse los pechos antes y después del amamantamiento. Evitar el uso del jabón.	
Evitar lociones medicamentosas y ungüentos.	
Frotar leche del final sobre la areola al terminar las mamadas.	

**CANDIDIASIS:**

Es una infección causada por *Cándida o moniliasis* que puede crear inflamación y prurito en la piel. (Estas infecciones se presentan con frecuencia tras un tratamiento antibiótico). A veces es una enfermedad familiar y habrá que tratar a todos los miembros.

Puede ser uni o bilateral.

Algunas madres describen una sensación de quemazón y picor, que continúa después de que el bebé ha terminado de mamar. Algunas veces, el dolor profundiza en el pezón hacia dentro del pecho. La madre puede decir que siente como si le estuvieran clavando agujas en el pecho.

La piel se puede ver roja, brillante y con escamas. El pezón y la areola pueden perder algo de pigmentación. Otras veces el pezón se ve normal.

Puede sospecharse la existencia de *Cándida* cuando persiste la inflamación y el dolor, aún cuando el bebé se agarre bien al pecho. Examinar la boca del bebé y detectar posibles placas blanquecinas (muguet) en las mucosas laterales de la boca o en la lengua o quizá se vea un sarpullido en el culito.

Es recomendable no utilizar, en este caso más que nunca, chupetes y tetinas. Dejar de usar pezoneras o bien hervirlas diariamente durante 20 minutos y reemplazarlas semanalmente.

**Tratamiento:**

Mejor fiarse de la sintomatología y tratar aunque no se tenga absoluta seguridad. Tratar simultáneamente todas las localizaciones y siempre los pezones y la boquita aunque no se vea muguet a simple vista. Puede ser largo en el tiempo e, incluso, con recidivas.

Sustancias a aplicar de forma tópica: plantas antimicóticas como ajo o bardana. También Milrosina® sin nistatina o compresas de bicarbonato disuelto en agua. Posteriormente a la aplicación, mantener el pecho seco. De forma interna, se puede tomar Lactofilus® y Bórax 4CH ó 9CH. Es importante suprimir la ingesta de azúcares y derivados animales, sobre todo leche, por los antibióticos que puedan llevar incorporados, levaduras

(pan y productos derivados del trigo), alcohol, queso, miel y especias.

En tratamiento alopático se hará de la siguiente forma:

Tras cada 5 tomas del bebé, lavar los pezones con una gasita impregnada en bicarbonato disuelto en agua. Secar con aire caliente. Aplicar Daktarin® (Nistatina) y poner una gasa encima. Con el dedo embadurnado de Daktarin Gel Oral® (que es dulce y apto oralmente para bebés) untar las encías y el paladar del bebé. Al cabo de 4 días completos de tratamiento se tiene que experimentar una mejoría importante en el dolor; si no es así, quiere decir que las *cándidas* han penetrado en los conductillos y hay que hacer un tratamiento oral con Fluconazol® o similar. Son cápsulas de 100 mg. Y casi todos los casos han curado con 200 mg. Cada 12 horas durante 3 a 7 días. Pasa a la leche alrededor de 1% que es la dosis que cura al salir por los conductillos. El tratamiento tópico se sigue durante 3 semanas más.

Respecto de la *violeta de genciana*, que se utilizó en el pasado, parece ser que es carcinógena y ha dejado de ser recomendada.

Son causadas por una mala posición anatómica a la hora de amamantar, de la madre, del bebé o de ambos.

Si el bebé no se agarra bien al pecho la piel sufre rozamiento y se deteriora.

La prevención y el tratamiento son los mismos: una buena posición. Buen agarre al pecho cogiendo todo el pezón y parte o toda la areola; el cuerpo del bebé alineado con el de la mamá; colocar, si es necesario, un cojín sobre las piernas de la madre.

Una vez corregida la postura, salvando unos días de cicatrización, las grietas deben ir a mejor. Puede que duela el pezón con las primeras succiones pero a lo largo de la mamada irá decreciendo.

Tras el amamantamiento se puede aplicar en el pezón la propia leche y dejar secar o utilizar secador eléctrico suave; también sirve la propia saliva del bebé o unas gotas de limón si hubiese infección.

En Vía Láctea se usa aceite de hipérico hace más de 15 años con muy buenos resultados. Aparte de las propiedades de esta planta, que son varias, la ventaja está en que se puede dejar actuar durante todo el día y no hace falta retirar antes de amamantar.

### **CONDUCTO OBSTRUIDO Y MASTITIS:**

Los conductos obstruidos se presentan cuando no se retira la leche de parte de un pecho. A veces esto sucede porque el conducto que sale de esa parte del pecho se tapa con leche espesa. Los síntomas son los de una mama sensible, con alguna dureza del tamaño de hasta un garbanzo y, con frecuencia, la piel sobre la masa está enrojecida. La mujer no tiene fiebre y se siente bien.

Algunas mujeres con un conducto obstruido comentan de la presencia de partículas sólidas en su leche exprimida. Los síntomas ceden rápidamente cuando se exprimen dichas partículas y la leche se libera de la zona del pecho afectada. Se piensa que estos gránulos se forman a partir de caseína y otros materiales endurecidos como sales cálcicas. También, a veces, se expulsa un material graso o fibroso, a veces marrón o verdoso.

La incidencia mayor se produce entre 2 y 3 semanas tras el parto. Y, sin haber preferencia por un pecho especial, viene a afectar a un 10% de las madres.

Cuando la leche permanece en una parte del pecho, a causa de un conducto obstruido o a causa de una ingurgitación, se dice que hay un *éctasis de leche* (que la leche se ha detenido). Si no se retira la leche puede causar infección del tejido mamario pasando a ser una *mastitis no infecciosa*. Si los gérmenes infectan el pecho se llega a *mastitis infecciosa*. De aquí se puede pasar a un *absceso*.

Una afección relacionada con un conducto obstruido es la aparición de una *mota blanca* en la punta del pezón, habitualmente de 1 mm de diámetro. Ésta puede extremadamente dolorosa durante la succión. La obstrucción se alivia cuando la mota blanca de elimina, por ejemplo, con una aguja estéril o friccionando con una gasa. Se cree que la mota blanca debe a un sobrecrecimiento del epitelio, que forma una ampolla o por acumulación de un material sólido o graso.

A veces la mastitis se confunde con la ingurgitación. Sin embargo, ésta última afecta a la totalidad del pecho y, a veces, de forma bilateral. La mastitis afecta a parte del pecho y, generalmente, a uno solamente.

Sin embargo, si no se soluciona la ingurgitación se puede convertir ésta en mastitis.

En resumen, cuando la madre tiene un bulto hinchado, caliente y doloroso en la mama, básicamente puede ser según el cuadro siguiente:

	<b>Ingurgitación</b>	<b>Cond. Obstr</b>	<b>Mastitis</b>
<b>Inicio</b>	Precoz	Tardío	Tardío
<b>Distribución</b>	Bilateral	Unilateral	Unilateral
<b>Extensión</b>	Global	Sectorial	Sectorial
<b>Fiebre</b>	-/+	-/+	+++
<b>Sindr.Gripal</b>	-/+	-/+	+++

No obstante, el diagnóstico definitivo no es clínico, sino bacteriológico. El análisis de la leche permite definir tres situaciones con distinto pronóstico. Al igual que un sedimento de orina, se encuentran leucocitos y las colonias de bacterias. Los límites de normalidad son

1.000 bacterias/ml. y 1.000.000 de leucocitos.

	Menos de 1000 bac.	Más de 1000 bac.
Menos 1 mill.leucoc	Éstasis de leche	No existe
Más 1 mill. leucos	Inflamac. no infecc.	Mastitis infecciosa

RESUMEN SÍNTOMAS DE CONDUCTO OBSTRUIDO Y MASTITIS		
<i>Conducto obstruido</i> ⇒	<i>Éstasis de leche</i> ⇒	<i>Mastitis sin infecc.</i> ⇒ <i>Mastitis con infecc.</i>
Masa pequeña	evolución ⇒	Masa dura
Sensible al tacto		Dolor severo
Enrojecimiento localizado	a	Área roja
Sin fiebre		Con fiebre
Se siente bien enferma		Se siente enferma

#### Causas de conducto obstruido y mastitis:

La principal causa es un drenaje inadecuado de una parte o de todo el pecho.

No se ha demostrado que la incidencia afecte por factores tales como el tipo de piel, la reacción cutánea al sol, alergias, sarpullidos y exposición al frío. Es una especulación que el uso de cremas en el pezón prevengan la mastitis.

Un drenaje inadecuado de la totalidad del pecho puede ser debido a:

- Tomas poco frecuentes. Por estar la madre muy ocupada. Cuando comienza a amamantar con menos frecuencia, ya sea porque el bebé duerme toda la noche o se alimenta de forma muy irregular, cambio del patrón de mamadas por razones de trabajo, viajes...
- Succión ineficaz cuando el bebé se agarra de forma deficiente al pecho materno.

Un drenaje inadecuado de parte del pecho puede ser debido a:

- Presión causada por ropas que comprimen, como un sujetador usado en la noche o por recostarse sobre un pecho, puede obstruir algún conducto.
- Presión de los dedos de la madre al amamantar (hacer la tijera).
- Succión ineficaz, debida a que el bebé mal cogido al pecho puede vaciar solamente parte de éste.
- La parte inferior de un pecho grande drenado inadecuadamente, por la forma como cuelga el pecho.
- Otro factor es el stress y el exceso de

trabajo de la madre, probablemente porque esto hace que amamante con menos frecuencia y por tiempo más corto.

- Algún traumatismo o golpe recibido en el pecho puede ser causa de mastitis.
- Si hay alguna grieta en el pezón puede ser una vía de entrada para gérmenes que lleguen al tejido mamario. Esta es otra forma por la cual una mala posición al amamantar puede conducir a una mastitis.

RESUMEN CAUSAS DE CONDUCTO OBSTRUIDO Y MASTITIS	
Mamadas cortas o infrecuentes debido a:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre muy ocupada</li> <li>• Bebé que duerme toda la noche</li> <li>• Cambio de rutina</li> <li>• Madre con stress</li> </ul>
Drenaje insuficiente de una parte o de todo el pecho debido a:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Succión ineficaz</li> <li>• Uso nocturno de sujetador</li> <li>• Presión con los dedos al amamantar</li> <li>• Pecho grande con drenaje inadecuado</li> </ul>
Tejido mamario dañado debido a:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Golpe recibido en los pechos</li> </ul>
Entrada de gérmenes debido a:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grietas en los pezones</li> </ul>

#### Tratamiento de conducto obstruido y mastitis:

El acto más importante es permitir fluir la leche de la parte afectada del pecho.

- 1.- Buscar la causa de drenaje deficiente y corregir:
  - El bebé coge el pecho de forma deficiente.
  - Presión causada por la madre por uso de sujetador nocturno, presión con los dedos al dar de mamar o forma de dormir.
  - Observar si la madre tiene los pechos grandes, péndulos o si el conducto obstruido está en la parte inferior del pecho. Si es así, sugerir que levante el pecho con la mano en forma de C, es decir, con el dedo pulgar por encima de la mama y el resto de los dedos por debajo. Así se favorecerá que la parte inferior del pecho fluya mejor.
- 2.- Tanto si se encuentra la causa como si no, aconsejar a la madre que haga lo siguiente:
  - Amamantar frecuentemente. La mejor forma es dormir con el bebé para que su instinto aflore más, permitiéndole tocar, oler, sentir la piel de la madre. Así estará más deseoso

de amamantar y permitirá un mayor flujo de leche.

- Masajear suavemente en el pecho mientras el bebé amamanta. Pequeños masajes circulares sobre la masa endurecida y recorrer el conducto obstruido hasta el pezón. Es una ayuda para retirar el bloqueo del conducto. A veces nota la madre cómo llega a salir un tapón espeso con la leche y no hay problema en que el bebé lo degluta.
- Aplicar calor suave al pecho entre toma y toma.

3.- Algunas veces es útil hacer lo siguiente:

- Comenzar la toma con el pecho no afectado. Esto puede ayudar si el dolor parece estar evitando el reflejo de oxitocina. Cambiar de pecho apenas comience a funcionar este reflejo.
- Amamantar al bebé en diferentes posiciones en diferentes tomas. Esto ayuda a vaciar la leche desde diferentes partes del pecho por igual. Por ejemplo: posición del balón de rugby o el bebé colocado encima de la cama y la mamá sobre él apoyándose sobre los antebrazos y cambiando de ángulo en las distintas tomas. Procurar no sentirse incómoda.

4.- Es interesante tomar lecitina por su acción ante las grasas a la vez que anular la ingesta de grasa animal, pudiendo tomar leche de soja o almendras que, paradójicamente aumentan la producción de leche, pero con grasas distintas.

En mastitis infecciosa, con 39°C pueden tomarse plantas como hipérico, tomillo, echinacea y harpago, todas con propiedades antibióticas. Como tratamiento homeopático, Bryonia 4CH y Fosforus 4 CH.

En ocasiones, la madre no desea amamantar con el pecho afectado, especialmente si es muy doloroso. Otras veces es el bebé el que se niega a hacerlo, acaso por un cambio de sabor en la leche. En estas situaciones habrá que extraer la leche con el fin de evitar un absceso.

Usualmente, el conducto obstruido o la mastitis mejora en el lapso de un día, cuando mejora el drenaje de la parte afectada.

## RESUMEN

### TRATAMIENTO DEL CONDUCTO OBSTRUIDO Y DE LA MASTITIS

Mejorar el flujo de leche

Buscar la causa y corregir

Mal agarre del pecho

Presión de ropa o dedos sobre el pecho

Pecho grande con drenaje pobre

Aconsejar

Mamadas frecuentes

Masaje suave hacia el pezón

Compresas tibias

Sugerir

Comenzar el amamantamiento por el pecho sano

Cambiar de posición

Guardar reposo

Permitir al bebé que esté al lado de la madre

Decir que la colonización bacteriana del niño y del pecho es un proceso normal que tiene lugar poco después del nacimiento. Tanto los conductos lácteos de la madre como de la nasofaringe del bebé se colonizan por diversos organismos, algunos de ellos potencialmente patógenos, como *Staph. Áureus*. Sin embargo su presencia no causa mastitis por sí misma.

Si una madre está en contacto estrecho con su bebé inmediatamente después del parto, le transfiere sus propios tipos de organismos respiratorios y cutáneos, que crecen y se multiplican en el tubo digestivo, en la piel y en el tracto respiratorio del bebé. Una vez que se han establecido estos organismos comensales que forman la flora, se inhibe el crecimiento de bacterias patógenas. Este proceso se conoce como *interferencia bacteriana* y se ha usado deliberadamente en medios clínicos para prevenir y controlar brotes infecciosos de formas más virulentas de *Staph. Áureus*.

Un apunte más sobre la *mastitis*. Es interesante seguir amamantando, incluso con *Staph. Áureus*. Sólo en caso de VIH positivo es mejor dejarlo hasta que se recupere el pecho, por la incidencia 20 veces mayor de transmisión del mismo.

### ABSCESO MAMARIO:

Éste se produce como consecuencia de una mastitis tratada de forma inadecuada o tardíamente. No contraindica la lactancia porque la leche no está contaminada a no ser que el absceso se rompa a los conductos. Normalmente drena al exterior.

El tratamiento será quirúrgico.

-Si el drenaje quirúrgico se ubica lejos de areola, la madre puede seguir amamantando por ambas mamas.

-Si queda cerca de la areola, en ciertos casos se puede vaciar el pecho, de forma manual o con sacaleches, hasta que pueda reanudarse la succión del pecho afecto (normalmente se consigue en no más allá de cuatro días).

Hay dos técnicas quirúrgicas a aplicar, no habiéndose demostrado cuál es la mejor:

-Efectuar punción-aspiración, bajo control ecográfico que permita visualizar la total limpieza de la infección.

-Incisión transversal, que anulará varios conductos tras su cicatrización.

-Si se presenta mucho dolor y la madre no desea suspender la lactancia, se puede optar por suspender la producción de leche del lado afecto disminuyendo el vaciamiento periódico de la mama.

-Es importante mantener a la pareja madre-bebé en control frecuente hasta la resolución del problema, ya que durante la fase crítica puede disminuir significativamente la producción de leche o presentar el bebé signos de infección.

### **EL BEBÉ SE NIEGA A MAMAR:**

En muchas ocasiones es una razón usada para suspender la lactancia. Sin embargo, esto no debería llevar al destete definitivo ya que, frecuentemente y conociendo la dinámica, se puede superar el problema. No obstante, la madre puede sentirse grandemente frustrada y rechazada ella misma.

Diversas maneras de negarse a mamar:

- El bebé coge bien el pecho pero luego no succiona, lo hace muy débilmente o no deglute.
- El bebé llora y rechaza el pecho (pelea con él) cuando la madre trata de amamantarlo.
- El bebé mama durante un minuto y a continuación suelta el pecho, atorándose o llorando. Algunos bebés pueden hacer esto varias veces en una misma toma.
- El bebé mama de un pecho pero se niega a hacerlo del otro.

### **Por qué los bebés se niegan a mamar:**

#### **1.- ¿Está el bebé enfermo, tiene dolor o está sedado?**

##### *Enfermedad:*

El bebé puede coger bien el pecho pero succiona menos que antes.

##### *Dolor:*

Hay presión sobre una parte afectada por contusión, fórceps, extracción con ventosa, maniobra de Kristeller. En este caso el bebé llora y pelea cuando la madre trata de amamantarlo.

##### *Nariz obstruida o mucosa inflamada:*

El paso de la sonda de aspiración (protocolizada en muchos hospitales) puede provocar una inflamación de mucosa nasal. El bebé coge y suelta el pecho varias veces y se pueden oír ruidos nasales.

Araceli Orduna

##### *Boca inflamada:*

Por candidiasis o salida de los dientes en un bebé mayor. El bebé succiona unas cuantas veces y luego para y llora.

##### *Sedación:*

Un bebé puede estar somnoliento por:

-Drogas que haya recibido la madre en el momento del parto.

-Otras drogas que la madre esté tomando para tratamiento psiquiátrico.

### **2.- ¿Existe alguna dificultad con la técnica de la lactancia?**

Algunas veces la lactancia se ha convertido en una experiencia poco placentera y frustrante para el bebé.

Causas posibles:

-Alimentación con biberón o succión de una tetina artificial como chupete o pezoneras.

-No está recibiendo mucha leche.

Presión sobre la parte posterior de la cabeza del bebé, causada por la madre o por quien ayude, colocándolo bruscamente, con técnica inadecuada de presión que hace que el bebé quiera “pelear”.

-Restricción del número de comidas, como por ejemplo, amamantarlo sólo a ciertas horas.

-Demasiada leche saliendo rápidamente debido a producción abundante. El bebé puede succionar por un minuto, luego soltarse atragantándose o llorando, cuando el reflejo de eyección comienza a funcionar. Esto puede suceder varias veces durante la mamada. La madre puede notar que la leche sale a chorros finos cuando el bebé suelta el pecho.

-Dificultad temprana para coordinar la succión. A algunos bebés les lleva más tiempo que a otros el aprendizaje de cómo succionar con eficacia.

### **3. ¿Ha incomodado algún cambio al bebé?.**

Los bebés son muy sensibles y si están incómodos o alterados por algo pueden negarse a mamar. Puede que no lloren, sólo que dejen de mamar. Este rechazo es más común entre los 3 y 12 meses. Súbitamente se niegan a recibir pecho. En ocasiones, esta conducta se llama “huelga de mamadas”.

Causas posibles:

-Separación de su madre, por ejemplo, cuando ella comienza a trabajar fuera de casa. Algunas mamás refieren que su bebé mama cuando vuelven a casa pero que no las miran.

-Cambio de persona cuidadora o multiplicación de las personas que lo hacen.

-Cambio de la rutina familiar, por ejemplo, cambio de vivienda, visitas a/o de los parientes.

-Enfermedad de la madre o infección del pecho.

-Menstruación de la madre.

-Cambio en el olor de la madre con uso de un nuevo jabón o perfume.

#### 4.- ¿Es rechazo “aparente” y no “real”?

Algunas veces el bebé se comporta de manera que hace pensar a la madre que se está negando a mamar. En realidad no se trata de rechazo.

-Cuando un bebé recién nacido busca el pecho, mueve la cabeza de un lado para otro como diciendo “no”. Ésta es una conducta normal.

-Entre los 4 y 8 meses de edad, los bebés se distraen fácilmente al oír ruidos. Pueden dejar de mamar súbitamente, siendo éste un signo de que están alertas.

-Después del año de edad, un bebé puede destetarse por su propia cuenta aunque, generalmente, de forma gradual.

-Puede ser que un bebé no recién nacido mame de forma muy eficaz y no emplee tanto tiempo como al principio. Esto puede hacer pensar a la madre que no tiene suficiente leche e insiste para que mame más. Se produce “pelea” y el bebé se echa a llorar apartando la cabecita.

#### RESUMEN

#### CAUSAS DE RECHAZO DEL PECHO

Enfermedad, dolor o sedación

Infeción

Daño cerebral

Dolor por contusión

Nariz obstruida

Boca inflamada (monilias, dentición)

Dificultad con la técnica de lactancia

Biberones, chupetes

No obtiene mucha leche (agarre pobre, ingurgitación)

Presión en la parte posterior de la cabeza al colocarlo

Restricción de mamadas

Producción excesiva de leche

Dificultad para coordinar la succión

Cambio que incomoda al bebé

Separación de la madre

Nueva persona o varias cuidadoras

Cambio en la rutina familiar

Madre enferma o mastitis

Menstruación de la madre

Cambio de olor de la madre

Rechazo aparente

Recién nacido: búsqueda

Distracción

Destete espontáneo

Mama suficiente pero en menos tiempo

#### ¿Qué hacer ante el bebé que se niega a mamar?

1.- Tratar la causa si es posible

2.- Ayudar a madre y bebé a disfrutar nuevamente de la lactancia

#### Tratando causas:

Araceli Orduna

#### Enfermedades:

- Tratar las infecciones con la terapia adecuada
- Si el bebé es incapaz de succionar, puede que necesite cuidado especial en hospital
- Ayudar a la madre a extraerse la leche para dársela al bebé mediante sonda o cucharilla hasta que pueda mamar de nuevo

#### Dolor:

- Para la contusión: ayudar a la madre a buscar una forma de coger al bebé sin que tenga que presionar sobre la zona que le duele
- En caso de moniliasis, tratar como se ha descrito anteriormente.
- Si es causado por la dentición, animar a la mamá tener paciencia y que continúe ofreciendo el pecho
- Con nariz congestionada: limpiarla, por ejemplo, con suero fisiológico o agua de mar

#### Sedación

- Si la madre toma un tratamiento largo tratar de encontrar alguna alternativa

#### Técnica de lactancia:

- Valorar la dificultad de la madre y aprovechar, cuando el bebé tenga nuevos deseos de mamar, a complementar un poco más la técnica

#### Producción excesiva:

- Puede ser el resultado de un agarre deficiente. Si el bebé succiona de forma ineficaz, puede ponerse a mamar muy frecuentemente o durante un largo tiempo y estimular el pecho, de manera que éste produce más leche de la que el bebé toma. El exceso de producción también se presenta si la madre hace que el bebé mame de los dos pechos aunque no lo necesite.

En este caso, ayudar a la madre a mejorar el agarre del bebé. También sugerirle que lo deje mamar de un solo pecho en cada mamada para “vaciar” bien y obtener la leche final, rica en grasa. En la siguiente comida se ofrecerá el otro pecho

#### Cambios que incomodan al bebé:

- Valorar la necesidad de reducir los períodos de separación y los cambios, si es posible.
- Sugerir que puede no se bien recibido el cambio de aromas corporales

#### Rechazo aparente:

Si la causa es la *búsqueda*:

- Explicar a la madre que esto es normal. Puede sostener el bebé cerca del pecho para que pueda explorar el pezón. Ayudar a colocarlo más cerca de su cuerpo para que pueda agarrar bien el pecho

Si la causa es que el bebé se *distrae*:

- Sugerir que se amamante en lugar menos ruidoso y más tranquilo

Si se trata de *destete espontáneo*:

- Sugerir a la madre que se asegure de que come suficiente comida sólida
- Puede que las mamadas nocturnas continúen y será conveniente seguir manteniendo al bebé cerca de la madre
- Valorar el desarrollo del bebé ya que es posible que esté tomando el alimento necesario en menos tiempo que antes

#### RESUMEN

#### CÓMO AYUDAR A UNA MADRE Y A SU BEBÉ A REINICIAR LA LACTANCIA

Mantener al bebé cerca de su madre. Nadie más debería ocuparse de él.

Darle mucho contacto piel con piel

Dormir con el bebé

Pedir a otras personas que ayuden a la madre en las tareas domésticas y otras

Ofrecer el pecho al bebé cada vez que muestre receptividad

Cuando esté soñoliento

En diferentes posiciones

Cuando se sienta el reflejo de eyección

Ayudar al bebé a tomar el pecho

Extraer leche en su boquita

Colocarlo bien para que pueda agarrar el pecho adecuadamente

Evitar presionar la parte posterior de la cabeza

Alimentar al bebé con vasito o cucharilla

Dar la propia leche extraída cuando sea posible o, si es necesario, leche artificial

Evitar el uso de biberones y chupetes de entretenimiento

#### CASOS PRÁCTICOS:

- Mamá que lleva amamantando tres meses. Refiere al teléfono que va por la tercera mastitis y que ya no puede seguir así. ¿Qué preguntas se le formularían? ¿Qué se le aconsejaría? Sería oportuno hacerle un seguimiento?
- Bebé de tres meses con talla y peso adecuados. Lleva 15 días que coge el pecho durante unos minutos y lo deja. La mamá insiste y el bebé va y viene a la teta, enfadado. La mamá piensa que ya no tiene suficiente leche. ¿Qué se le puede sugerir?

#### BIBLIOGRAFÍA:

Arteche García. A; Vanaclocha Vanaclocha, B. *Fitoterapia, Vademecum de Prescripción, 3ª edición*. Ed. Masson, S.A. Barcelona, 2000.

Brown L, Fisher C. Blocked ducts. *New Generation*, 1982, 1(1):16-17.

Centuori S, Burmaz T, Ronfani L et al. Nipple care, sore nipples and breastfeeding: a randomized trial. *Journal of Human Lactation*, 1999, 15(2):127-132.

Clay et al. Breastfeeding and Human Lactation. Riordan Auerbach, 1990)

Devereux, WP. Acute puerperal mastitis.

Evaluation of its management. *Am J Obstet Gynecol* 1970;108:78-81.

Dixon, JM, Breast infection. *Br Med J* 1994;309:946-949.

Duncan JT, Walker J. Staphylococcus aureus in the milk of nursing mothers and the alimentary canal of their infants: A report to the Medical Research Council. *Journal of Hygiene*, 1942, 42:474.

González, Carlos. Boletín ACPAM, 1997.

Fetherston C. Risk factors for lactation mastitis. *Journal of Human Lactation*, 1998, 14(2): 101-109.

Hobbs, C. St Jhon's wort. *Hypericum Perforatum* L. Herbal Grani 18/19,24-33, 1989.

Jonsson S, Pulkkinen MO. Mastitis today: incidence, prevention and treatment. *Annales Chirurgiae Et Gynaecologiae. Supplementum*, 1994, **208**:84-87.

Light IJ, Walton RL, Sutherland JM et al. Use of bacterial interference to control a staphylococcal nursery outbreak. Deliberate colonization of all infants with the 502A strain of *Staphylococcus aureus*. *American Journal of Diseases of Children*, 1967, **113**(3):291-300.

Lodge J, Taylor P, Kennedy P et al. Blocked ducts -, 1982, **1**(4):16-19.

Marshall, BR; Hepper, JK; Zirbel, CC. Sporadic puerperal mastitis. An infection that need not interrupt lactation. *J Am Med Assoc* 1975;233:1377-137.

Matheson I, Aursnes I, Horgen M et al. Bacteriological findings and clinical symptoms in relation to clinical outcome in puerperal mastitis. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 1988, **67**(8):723-726.

Murray, Michael T. Hipérico, corazoncilo o planta de San Juan. The healing power of herbs, 2<sup>nd</sup> edition 1996. Prima Publishing. California. USA.

Peris, J.B.; Stübing, G; Vanaclocha, B. *Fitoterapia aplicada*. M.I.C.O.F.. Valencia, 1995.

Roberts K. A comparison of chilled and room temperature cabbage leaves in treating breast engorgement. *Journal of Human Lactation*, 1995, **11**(3): 191-194.

Roberts K. A comparison of chilled cabbage leaves and chilled gelpaks in reducing breast engorgement. *Journal of Human Lactation*, 1995, **11**(1):17-20.

Shinefield HR, Ribble JC, Boris M. Bacterial interference: its effect on nursery acquired infection with *Staphylococcus aureus*. *American Journal of Diseases of Children*, 1963, **105**:646-654.

Thomsed, AC; Espersen, T; Maigaard, s. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149:492.

White spots (Corpora amylacea). *Australian Lactation Consultants Association News*, 1992, **3**(3):8-9.

WHO/CDR/93.4 UNICEF/NUT/93.2 Consejería en Lactancia Materna. Curso de capacitación.

Wright J. Bacteriology of the collection and preservation of human milk. *Lancet*, 1947, **2**:121-124.