Manual Técnico
Patologías mamarias y asociadas al niño o niña durante el proceso de lactancia materna

Código M.GM.DDSS.030516

Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Área de Atención Integral a las Personas

Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña

2016

Manual Técnico
Patologías mamarias y asociadas al niño o niña durante el proceso de lactancia materna

Código M.GM.DDSS.030516

Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Atención Integral a las Personas
Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña

2016

Asesorado por:	Dr. Robert Moya Vásquez. Médico Pediatra. Programa de Salud del Niño, Área de Atención Integral a las Personas, CCSS. Dra. Carolina Chaves. Microbióloga. Universidad de Costa Rica
Participaron en el diseño de intervenciones:	Alexandra Chávez Matamoros. Estudiante de Enfermería UCR. José Murillo Badilla. Estudiante de Enfermería UCR. Leidy Rodríguez Arias. Estudiante de Enfermería UCR. Lady Vásquez Vargas. Estudiante de Enfermería UCR. Mariela Víquez Quesada. Estudiante de Enfermería UCR.
Validado por:	Dra. Raquel Durán Algorín, Enfermera de la CLMD. Hospital de Guápiles. Dra. Nuria Ruiz Velásquez, Enfermera de la CLMD, Hospital William Allen Turrialba. Dra. Gloria Espinoza Guevara. Enfermera de la CLMD, Hospital La Anexión. Dra. Victoria Mata Vargas. Enfermera de la CLMD, Hospital Monseñor Sanabria, Puntarenas. Dra. Kattia Morales González. Enfermera de la CLMD, Hospital Calderón Guardia. Dra. Rita Hernández Solano. Enfermera de la CLMD, Hospital Max Peralta, Cartago. Dra. Norma Latouche Davis. Enfermera encargada de lactancia materna. Hospital San Juan de Dios. Dra. Marisela Salas Rodríguez. Enfermera de la CLMD, Hospital San Vicente Paul, Heredia. Dra. Marcela Zarate Montero. Enfermera de la CLMD, Hospital México. Dr. Rodrigo Aguilar Mora, Enfermero de la CLMD, Hospital de los Chiles. Dra. Grace María Arias Castro, Enfermera de la CLMD, Hospital San Francisco de Asís, Grecia. Dra. Raquel Salazar Monge. Enfermera de la CLMD, Hospital Manuel Mora Valverde, Golfito. Dra. Grettel Vargas Monge. Enfermera de la CLMD, Hospital Escalante Pradilla, Pérez Zeledón. Dra. María Eugenia Rodríguez Z. Enfermera de la CLMD, Hospital Enrique Baltodano Briceño. Dra. Flor Iveth Cruz Trujillo, Enfermera Área de Salud, Guatuso. Dra. Gladys Gutiérrez Olivas, Enfermera Hospital de Upala. Dra. Alejandra Umaña Machado. Enfermera de Neonatología, Hospital Nacional de Niños. Dr. Pedro Antonio Aguilar Narváez. Enfermero, Hospital San Francisco de Asís, Grecia. Dra. Dixie Baldi Esquivel. Enfermera Obstetra. Área de Salud de Ciudad Quesada. Dra. Yesenia Chaves Blanco. Enfermera. Hospital de San Carlos. Dra. Ana Ruth Herrera Arroyo. Hospital Carlos Luis Valverde Vega. San Ramón.

	Dra. Marlene Montoya Ortega. Nutricionista. Programa de Salud del Niño y la Niña, Área de Atención Integral a las Personas. CCSS. Dra. Adelaida Mata Solano. Programa de Salud del Niño y la Niña, Área de Atención Integral a las Personas. CCSS. Dra. Carmen Loaiza Madriz Coordinadora de Enfermería de la CCSS. Dra. Guiselle Barrantes Brenes Asistente de Coordinación de Enfermería CCSS. Dra. Sonia Chaves Quirós. Pediatra. Presidenta de la Asociación De Promoción de la Lactancia Materna. Dr. Jesús Rafael Porras Colón. Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica. Dirección de Farmacoepidemiología.
Revisado por:	Dr. Hugo Chacón Ramírez. Jefe Área de Atención Integral a las Personas.
Aprobado por:	Dr. Raúl Sánchez Alfaro. Director. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
Número de Oficio de Aprobación por Gerencia Médica	GM-MDD-9461-16. 29 de marzo de 2016.
Fecha de Emisión	2016
Fecha de Próxima Revisión	2021
Observaciones	La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

TABLA DE CONTENIDOS

Presentación..... 6

Prólogos..... 7

Introducción..... 9

1. Definiciones y abreviaturas..... 10
2. Referencias normativas..... 12
3. Alcance y campo de aplicación..... 13
4. Justificación..... 13
5. Objetivos del Manual..... 14
6. Metodología para la construcción del Manual..... 14

Desarrollo del tema..... 16

7. Problemas maternos relacionados con las mamas..... 17
   - 7.1. Conductos obstruidos..... 17
   - 7.2. Congestión Mamaria..... 21
   - 7.3. Mastitis..... 24
   - 7.4. Absceso Mamario..... 34
   - 7.5. Punto blanco o perla de leche..... 37
   - 7.6. Fisuras en el pezón..... 41
   - 7.7.Pezón plano y pezón invertido..... 45
   - 7.8. Fenómeno de Raynaud..... 50
   - 7.9.Baja producción de leche materna..... 53
   - 7.10. Candidiasis..... 57

8. Problemas relacionados con el niño y la niña durante el periodo de lactancia materna 62
   - 8.1.Frenillo Corto o Anquiloglosia 62
   - 8.2.Alergia a la proteína de leche de vaca 67

Contacto para consultas..... 74

Anexos..... 75

Referencias..... 77

PRESENTACIÓN

En Costa Rica, la Política Pública de Lactancia Materna establece que " El amamantamiento es la norma biológica que debe orientar la alimentación del niño y de la niña, por lo que las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios a la niñez, deben garantizar las condiciones necesarias para que este grupo poblacional sea alimentado con lactancia materna, de manera exclusiva hasta los seis meses de edad y de forma complementaria hasta los dos años o más, con alimentos saludables, autóctonos y producidos en su comunidad.

La patología mamaria y del niño o niña durante el amamantamiento son un obstáculo para que este derecho, pueda darse de manera exitosa. En Costa Rica la mayoría de las madres salen de los hospitales nacionales amamantando a su hijo recién nacido, sin embargo, una serie de factores pueden llevar provocar que desistan de continuar con la lactancia debido a problemas que pueden surgir.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como ente prestadora de servicios de salud, tiene la obligación de acuerdo con la Ley 7430 de Fomento de la Lactancia Materna, en su artículo 25, inciso g: " Tomar las medidas necesarias para fomentar y proteger la lactancia materna. Además, brindar a los agentes de salud la información y el asesoramiento necesarios, para cumplir con lo dispuesto en la presente Ley". Ante esto, se ha elaborado este manual que trata de trasmitir el conocimiento necesario que un profesional de salud de nuestra institución debe tener con respecto a las patologías mamarias y del niño o niña que pueden surgir durante el periodo de amamantamiento y producir problemas que conlleven al abandono de la lactancia materna.

Esperamos que este documento sea una herramienta capaz de brindar un apoyo en lograr que los niños y niñas de Costa Rica gocen con una mayor salud integral.

Dr. Raúl Sánchez Alfaro
Director.
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
Caja Costarricense de Seguro Social.

PRÓLOGOS

La leche materna es un elemento vivo único e irrepetible que contiene los nutrientes específicos que requiere el ser humano para su mejor desarrollo integral. El recién nacido necesita de la presencia de su madre para sobrevivir, si no recibe alimento muere físicamente, si no recibe contacto no se desarrolla emocionalmente. En el pecho de su madre se conjuga la satisfacción de estas dos necesidades imperantes: amor y afecto en la misma cantidad. Un bebé amamantado pasa muchas más horas entre los brazos de su madre y esto le brinda la oportunidad de tener el contacto piel a piel y con los sentidos que están aún en desarrollo. Una madre que amamanta a su hijo le da la oportunidad de olerla, probarla, sentirla, escucharla, establecer mayor contacto cara a cara, reafirmar al bebé su existencia a través de la mirada y el contacto materno. El amamantamiento además provoca la liberación de hormonas en la madre (prolactina, oxcitocina, cortisol) que actúan como ayudantes biológicos para promover sentimientos maternales y agudizar su intuición. Sentimientos e intuición, además de la observación y el ensayo – error, le facilitarán desarrollar la capacidad de reconocer y anticipar las necesidades que su bebé tiene y que es aún incapaz de expresar más que a través del llanto o de señales muy particulares que la madre sabrá interpretar.

Además de que físicamente la leche materna es el alimento ideal para el niño, emocionalmente asegura la presencia de la madre junto a su hijo dando paso a otro proceso muy importante cada vez que ella acude al llamado de su bebé (ya sea para amamantarlo, consolarlo, cambiarlo de posición, o saber qué le pasa); el niño está aprendiendo a confiar. Este es un elemento clave en la formación emocional del ser humano y en el establecimiento de sus relaciones sociales posteriores. Todo esto implica que los médicos debemos promover en todos los niños y las niñas, la lactancia materna exclusiva por 6 meses y complementaria hasta los dos años o más, pues garantiza la salud general de la población pediátrica que atendemos.

Este manual contiene las principales dificultades que pueden conllevar a que una madre no pueda amamantar a su hijo, por lo tanto la preparación y conocimientos actualizados en este tema es prioritario para que seamos entes facilitadores y resolutivos en los problemas durante el amamantamiento. Ante esto los instamos a estudiar y capacitarse en este tema, para colaborar en la promoción de la salud integral de la población.

Dr. Hugo Chacón Ramírez.
Jefe.
Área de Atención Integral a las Personas.

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna, prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

Enfermería como miembro del equipo de salud a lo largo del tiempo, ha brindado aportes importantes en este tema. Como disciplina científica interactúa con las personas para la gestión de su cuidado, entendida como la aplicación de un juicio profesional técnico, científico que se aplica con diferentes herramientas para el control de la calidad en la provisión de cuidado con el único propósito de que la población y en este caso el binomio, madre-niño reciban una atención segura, oportuna y humanizada, cuya finalidad sea lograr su máximo bienestar; y el amparo y protección de sus valores y derechos, amenazados en algunos casos por su estado de carencia bajo un principio de fortalecimiento de sus necesidades y de protección a su vida.

Esta iniciativa se convierte en una herramienta de consulta importante en la que uno de sus fines primordiales es brindar una atención que incida en la satisfacción del usuario, en este caso del binomio madre-niño, con el propósito de que ambos estén en una relación de bienestar favorecida con la aplicación de los saberes de las diferentes disciplinas fortaleciendo en ellos la confianza en la calidad técnica del equipo tratante, la calidez del trato, la oportunidad de la atención y la calidad de la información así como la relación con ellos, su familia y el equipo de salud.

Dra. Carmen Loaiza Madriz
Coordinadora Nacional de Enfermería
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Introducción

1. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

En este apartado se incluyen las definiciones, símbolos y abreviaturas que se indican en el documento, para su comprensión. Se hace uso de conceptos ya existentes o formalizados en la Institución, cuando esto es posible. Las definiciones y abreviaturas se describen en orden alfabético.

Definiciones

Absceso: acumulaciones de material purulento que pueden aparecer en cavidades cutáneas ya establecidas o en cavidades producidas por la destrucción infecciosa de los tejidos (Oltra et al., 2007, p. 115).

Areola mamaria: área pigmentada que rodea el pezón (Venes, 2009, p. 173).

Candida: levadura que suele ser la causa más común de infecciones invasivas por hongos en los seres humanos (Pappas et al., 2009, p. 505).

Carcinoma: tipo de cáncer que se origina en el epitelio (recubrimiento de las células de un órgano) (Agency for Toxic Substances and Disease Registry, s.f., p. 2).

Congestión vascular: la congestión; distensión. El llenado de un mama con la leche (Venes, 2009, p. 776).

Cuneiforme: con forma de cuña (Venes, 2009, p. 556).

Ecografía: es una técnica diagnóstica que emplea el ultrasonido para definir los órganos del cuerpo humano (Cerezo, Cano y Escario, 1996, p. 7).

Edema: condición local o generalizada en la que los tejidos del cuerpo contienen una cantidad excesiva de fluido tisular (Venes, 2009, p. 723).

Estridor: sonido respiratorio musical anormal, de tono agudo, provocado por una obstrucción o estrechamiento de la tráquea o de la laringe. Habitualmente se escucha durante la inspiración (Instituto Científico y Tecnológico de la Universidad de Navarra, 2000).

Hematoquecia: son deposiciones de sangre rutilante, roja, fresca y brillante que pueden preceder a la defecación, ir mezcladas, o ser independientes de ellas (Sánchez y Ramos, 2002).

Intersticio: El espacio o hueco en un tejido o estructura de un órgano (Venes, 2009, p. 1219).

Isquemia: Es una deficiencia temporal de flujo sanguíneo a un órgano o tejido. La deficiencia puede ser causada por reducción del flujo sanguíneo a través de una arteria regional o en toda la circulación (Venes, 2009, p. 1235).

Lanolina: Sustancia purificada, parecida a la grasa obtenida mamíferos especialmente de oveja, que se utiliza como ungüento base (Venes, 2009, p. 1294).

Mastitis: inflamación o infección de la mama (Venes, 2009, p. 1410).

Necrosis: muerte de las células, tejidos u órganos. Puede ser causada por numerosos insultos a los tejidos (Venes, 2009, p. 1549).

Pezón: protuberancia eréctil en la punta de cada seno en la cual se da la descarga de los conductos lactíferos (Venes, 2009, p. 1587).

Plétora: Exceso de sangre o de otros humores en el cuerpo o en una parte de él (Venes, 2009, p. 1806).

Prognatismo: proyección de las mandíbulas más allá de la proyección frontal (Venes, 2009, p. 1900).

Puerperio: período de 42 días después del parto y la expulsión de la placenta y las membranas. Los órganos genitales suelen volver a la normalidad durante este tiempo (Venes, 2009, p. 1936).

Pus: líquido rico en proteínas (exudado) que contiene glóbulos blancos, especialmente neutrófilos, y los residuos celulares producidos durante la inflamación (Venes, 2009, p. 1946).

Rectorragia: Es la emisión de sangre por vía rectal, cualquiera que sea su origen (Sánchez y Ramos, 2002).

Sacaleches: aparato manual o eléctrico para la extracción de la leche de los pechos (Venes, 2009, p. 1941).

Síncope: Pérdida de la conciencia temporal, de aparición repentina, con una recuperación espontánea y frecuentemente asociada a una pérdida del tono postural, secundaria a una disminución crítica y momentánea del flujo sanguíneo cerebral (Instituto Científico y Tecnológico de la Universidad de Navarra, 2000).

Tomas: (amamantamiento) entrega de la leche materna a un recién nacido, lactante o niño (Venes, 2009, p. 312).

Vasodilatación: Aumento en el diámetro de los vasos sanguíneos, que aumenta el flujo sanguíneo y disminuye de la presión arterial (Venes, 2009, p. 2442).

Abreviaturas

AALM: Asociación Alba Lactancia Materna.
ABM: Association of Breastfeeding Medicine.
AEP: Asociación Española de Pediatría.
APLV: Alergia a la proteína de leche de vaca.
CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.
CLMD: Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo.
EL: Estasis de la leche.
GLM: Guía de Lactancia Materna (http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com)
LLI: Liga de la Leche Internacional.
MI: Mastitis infecciosa.
MNI: Mastitis no infecciosa.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
VO: Vía oral.

2. REFERENCIAS NORMATIVAS

En este apartado se hace mención al fundamento normativo que respalda el desarrollo de los procedimientos.

Número	Nombre de normativas	Año
NA	Constitución Política de la República de Costa Rica	1949
L-5395	Ley General de Salud	1973
L-6227	Ley General de la Administración Pública	1978
L-7494	Ley de Contratación Administrativa	1995
L-7852	Desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS	1998
L-8239	Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud	2002
L-8292	Ley de Control Interno	2002
REG-055	Reglamento Interno de Trabajo, C.C.S.S.	2007
NA	Normativa Relaciones Laborales. C.C.S.S.	2010
Junta Directiva Sesión 7364	Reglamento del expediente de salud. C.C.S.S.	1999
Junta Directiva, Sesión 7308	Código de Ética del Servidor de la CCSS.	1999
Ministerio de Salud	Política Pública de Lactancia Materna	2009

L. 7430	Ley de Fomento de la Lactancia Materna	1994
Gerencia Médica	Manual de Implementación de Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo: Escenario Hospitalario.	2012
Gerencia Médica	Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto	2009

3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este manual será utilizado por el personal de las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo y por todo el personal de salud que le corresponda atender al binomio madre-hijo y su familia. Este está diseñado para el manejo de la madre y el niño o la niña que presenten dificultades o condiciones patológicas durante el periodo de amamantamiento que dificulten el éxito de la lactancia materna.

4. JUSTIFICACIÓN

El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004) define la lactancia como un fenómeno cultural con implicaciones biológicas determinantes para la supervivencia de la especie humana. “El amamantar garantiza la disponibilidad de alimento seguro, suficiente, gratuito, de insustituible calidad y a la medida de los requerimientos nutricionales de los bebés. Les protege de infecciones y enfermedades en una etapa de sus vidas en las que se encuentran particularmente vulnerables, a la vez que crea un vínculo que les confiere a niños, niñas y sus madres, salud física y emocional, además de protección, seguridad y afecto, todas ellas condiciones indispensables para un pleno desarrollo infantil (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) Costa Rica, 2011).

Según la OMS (2013) la leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. Además de los beneficios anteriormente citados, el amamantar representa para la madre una serie de ventajas, el Ministerio de Salud de Costa Rica (s.f.) refiere que entre ellas se encuentran: el contribuir al fortalecimiento de la unión entre la madre y su hijo (a), además le ayuda a aliviar la sensación de llenura de los senos, a contraer el útero y a facilitar de esta manera su recuperación, disminuye la frecuencia se cáncer de mama y ovarios, así mismo es una forma de recuperar más rápidamente la figura.

Sin embargo, en ocasiones, el periodo de amamantamiento puede resultar para la madre en la aparición de alguna patología en sus mamas; estas dificultades se inician por causas variadas, por lo que en este lineamiento técnico de atención se detallará sobre las patologías, causas, signos, síntomas, y complicaciones que pueden producirse durante este tiempo.

5. OBJETIVOS DEL MANUAL

Objetivos generales

- Establecer los lineamientos para el abordaje integral y oportuno en la atención de aquellas madres, niños o niñas que padezcan o tengan la probabilidad de presentar alteraciones en el proceso del amamantamiento.
- Promover el amamantamiento como parte de una adecuada calidad de vida para la madre e hijo.

Objetivos específicos

- Unificar los criterios para la detección de los factores de riesgo que conllevan a presentar patologías y condiciones específicas durante el proceso de amamantamiento.
- Definir los criterios para la identificación y diferenciación de las patologías y condiciones que se presentan antes y durante el proceso de amamantamiento.
- Proporcionar lineamientos para el abordaje y tratamiento oportuno de cada una de las patologías y condiciones que se presentan durante el proceso de amamantamiento.
- Brindar estrategias para la promoción de la salud y la prevención de las patologías y condiciones que se presentan durante el proceso de amamantamiento.

6. METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCION DEL MANUAL

Este manual técnico se realizó siguiendo los siguientes procesos:

- Se realizó una revisión bibliográfica de cada uno de los diferentes temas planteados con la colaboración de estudiantes de enfermería de la Universidad de Costa Rica, quienes participaron en el diseño de las diferentes intervenciones.

- Se procedió a realizar un resumen de la principal evidencia encontrada en la literatura científica para cada una de las patologías y condiciones, logrando definir un documento borrador.

- Este documento borrador fue sometido a un proceso de validación exhaustivo por parte de un grupo selecto de profesionales con amplia experiencia en el manejo de patologías durante la lactancia materna.

- Al documento validado se le agregan todas aquellas recomendaciones por parte de los expertos para redactar el documento final.

- El documento final validado se envía a la Gerencia Médica, por parte del Área de Atención Integral a las Personas para su respectiva revisión y aprobación.

DESARROLLO DEL TEMA

7. PROBLEMAS MATERNOS RELACIONADOS CON LAS MAMAS

7.1 Conductos obstruido

Definición

Condición patológica en la cual, a la madre que amamanta se le obstruye uno de los conductos galactíferos que drenan la leche hacia el pezón (Aguayo et al., 2000, p. 5).

Signos y síntomas

De acuerdo con Lawrence y Lawrence (2005) son:

- Generalmente es unilateral.
- Se desarrolla gradualmente.
- La zona afectada puede cambiar de lugar.
- Zona sensible al tacto o bultos dolorosos en los pechos.
- Enrojecimiento de la piel.
- Sensación de hinchazón en una gran parte de la mama que permanece incluso luego de amamantar.
- El pecho puede sentirse más cálido de lo normal.
- Podría o no estar asociado a punto blanco: tapón blanco evidente de uno o varios conductos mamarios a nivel del pezón.
- La fiebre no excede los 38,4º C.
- No se encuentra en mal estado general.

Causas

Si la mama no se vacía totalmente cada vez que la madre amamanta al bebé, puede generar que la leche se acumule. Esta condición se puede presentar si la madre no le da tiempo suficiente al bebé para tomar el pecho, si él o la bebé no se prende del pecho correctamente, si él o la bebé olvida amamantar en una ocasión, si la madre no da el pecho muy seguido, si él o la bebé presenta un patrón irregular de amamantamiento, si él o la bebé duerme toda la noche, si la madre pasa muy ocupada por razones de trabajo, viajes, entre otras, si la madre ejerce presión con sus dedos al amamantar (hacer la tijera) o si la parte inferior de un pecho grande drena inadecuadamente, por la forma como este cuelga (Orduna, s.f.).

Las prendas que utiliza la madre pueden ejercer mucha presión en el tejido mamario, como lo son por ejemplo los sostenes con arco o muy ajustados. Además, los porta bebés, de estilo frontal o tipo mochila, también pueden producir problemas si las tiras están muy ajustadas. Por la obstrucción de los poros del pezón o con secreciones secas de leche en la punta del pezón. Además está el historial de lactancia materna: presencia de conductos obstruidos anteriormente puede predisponer a que esta situación se vuelva a dar.

Tratamiento

El tratamiento para los conductos obstruidos debe de ser oportuno e inmediato para evitar el desarrollo de una infección mamaria, entre las medidas que se deben de tomar, se encuentran:

Antes de amamantar la madre se debe de aplicar un paño tibio y húmedo en el área de la obstrucción durante 10 a 15 minutos aproximadamente o puede tomar una ducha o baño con agua tibia, esto puede ayudar a retirar el bloqueo y aumentar su flujo de leche (Liga de la Leche Internacional [LLI], 2001).

Se debe de masajear la mama sobre la zona con dolor antes, durante o después de que él o la bebé amamanta, esto se puede realizar también mientras la madre toma una ducha o un baño con agua caliente, dando un masaje al seno en frente de y atrás del bulto y luego desde el área del bulto hasta el pezón (LLI, 2001).

En el primer Nivel de Atención se puede recomendar de manera práctica que la madre utilice una candela o un instrumento parecido, que le permita masajear la zona afectada como se indicó.

El o la bebé puede amamantar de 8 a 12 veces al día, por lo tanto, la madre debe de amamantar al bebé como mínimo cada hora y media a tres horas, siguiendo una lactancia a libre demanda. Este hábito facilitará el vaciamiento de la mama, limpiando así el conducto obstruido.

Amamantar al bebé primero de la mama que tiene el conducto obstruido, debido a que él o la bebé vacía mejor el primer lado del cual se alimenta, pero si el dolor es muy fuerte se debe de comenzar de la mama no afectada (ya que el dolor puede evitar el reflejo de la oxitocina) y cambiar apenas el reflejo vuelva (Orduna, s.f.).

Se debe de colocar al bebé de una forma adecuada para ayudar a vaciar el pecho:

- Se sostiene al bebé de manera que su nariz apunte hacia el área hinchada del seno, ayudando así a drenar la leche materna del conducto obstruido, además se recomienda cambiar de posición en diferente toma. Esto ayuda a vaciar la leche desde diferentes partes del pecho por igual.

- Una posición recomendada es: acostar al bebé en el centro de una cama, de una colcha sobre el piso o sobre el regazo de la madre y esta se debe sentar en postura tipo yoga, o ponerse a gatas sobre las manos y las rodillas, inclinada sobre el bebé, esta postura puede resultar incomoda pero permitirá que los senos cuelguen libremente desde la caja torácica, permitiendo así que los conductos obstruidos se destapen con facilidad (LLI, 2001 y Orduna, s.f.).

Se debe de extraer leche después de amamantar al bebé, si este no está vaciando los pechos completamente cuando se amamanta. Se puede utilizar un sacaleche o la mano para drenar la leche en exceso, previniendo así la hinchazón de los senos. La madre se debe de colocar una compresa fría en los pechos después de amamantar, lo cual puede ayudar a disminuir la hinchazón y el dolor.

Los medicamentos recomendados para reducir el dolor y la hinchazón producto de esta condición son ibuprofeno y acetaminofén, siempre y cuando estos cuenten con prescripción médica. El ibuprofeno se puede utilizar a 400 mg cada 8 horas vía oral por 2 o 3 días asociado, si es necesario a acetaminofén: 1000 mg cada 6 horas vía oral por 2 o 3 días.

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 esta levante el pecho con la mano en forma de C (con el dedo pulgar por encima de la mama y el resto de los dedos por debajo), esto favorecerá que la parte inferior del pecho fluya mejor (Orduna, s.f.). El uso de lecitina como suplemento y una dieta libre de grasas saturada en la madre a beneficiado a las madres con conductos mamarios obstruidos de manera recurrente (Lawrence y Lawrence, 2005).

Seguimiento

Se debe de procurar que la madre cumpla con los pasos para el tratamiento de los conductos obstruidos, instruyéndola y educándola con respecto a estos, evitando así que se dé el desarrollo de una infección en los senos. Debe de revalorarse no más allá de dos días para ver evolución, con esto se evitan complicaciones. Se debe indicar

a la madre que si la fiebre persiste y los síntomas empeoran, debe de consultar de inmediato, valorando en este caso, la necesidad del uso de antibióticos en caso de sospecha clínica de mastitis.

Complicaciones

Un conducto obstruido puede provocar que el periodo de amamantamiento sea doloroso, causando que la madre deje de amamantar por completo. Además, si no hay un adecuado manejo, se puede presentar una mastitis o absceso.

Prevención

Es de suma importancia que la madre disponga de suficiente tiempo para cada sesión de lactancia evitando así que esta apresure al bebé para que pueda vaciar el pecho completamente. Instruir a la madre en período de lactancia para que revise sus pechos en busca de bultos, dolor, o enrojecimiento, además de la importancia de descansar todo el tiempo que sea posible, tratando de no dormir boca abajo, ya que la presión en los senos podría elevar el riesgo de que se le obstruya un conducto.

Realizar el lavado de las manos o del sacaleche con frecuencia para prevenir la propagación de gérmenes y reducir su riesgo de una infección. Además, los demás miembros de la familia también deben de lavarse las manos frecuentemente. Después de cambiar pañales y antes de preparar la comida o comer también es indispensable el lavado de manos. Se debe lavar el sacaleche con jabón y agua caliente después de usarlo. Ingerir una dieta saludable y tomar bastantes líquidos, como el agua. Aplicar calor en los pechos antes de amamantar también puede ayudar a prevenir los conductos obstruidos.

Imagen 1. Conducto mamario obstruido

7.2 Congestión Mamaria

Definición

La congestión mamaria es definida por Berens (2009) como la inflamación y distensión de las mamas de manera dolorosa, normalmente en los primeros días tras el inicio de la lactancia, causadas por una dilatación vascular, así como por la llegada de la primera leche.

Signos y síntomas

Dentro de los signos y síntomas que se destacan, Amaya (2011) menciona que:

- Esta patología afecta habitualmente ambos senos.
- Los senos congestionados tienen un aumento de volumen, son dolorosos, puede hallarse brillantes y edematosos, con áreas enrojecidas difusas.
- La leche materna a menudo no fluye fácilmente y es difícil para el niño agarrarse al pecho y succionar hasta tanto se reduzca la hinchazón.
- La madre a veces tienen fiebre, aunque habitualmente ésta cede a las primeras 24 horas.

Causas

Las causas de mastitis son:

- Drenaje de leche inadecuado (debido a problemas de agarre, succión inadecuada, frenillo sublingual corto, dolor en los pezones, bebé que duerme mucho o está distraído, demasiada producción de leche para la demanda del bebé, tiempo de tomas reducidos por la madre, uso de pezoneras, gemelos o más, un punto blanco en el pezón).

- Tomas reducidas en duración y frecuencia (debido a dolor en el pezón, uso del chupón, la madre ha vuelto a trabajar, el bebé ha empezado a dormir más horas, suplementos, destete).

Tratamiento

De los tratamientos que se llevan a cabo para la congestión mamaria, Torok (2010) cita para iniciar el flujo de leche, aplicar calor húmedo en los senos durante

unos minutos o tomar una ducha tibia breve antes de amamantar. El uso de calor por períodos prolongados (más de 5 minutos) puede empeorar la inflamación. Usar las manos o brevemente un sacaleches ablandará el pezón y el tejido areolar, lo cual ayudará a que el niño o niña se prenda de manera correcta y profunda. Masajear y comprimir los senos con suavidad cuando el niño o niña haga pausas entre succiones. Esto ayuda a vaciar los senos, dejando menos leche en ellos.

Si bien las investigaciones al respecto son pocas (Arora 2008) (Mangesi 2010), durante generaciones se han usado compresas con hojas de repollo en agua fría, para disminuir el dolor y la hinchazón que provoca la congestión de los senos. Luego de amamantar al bebé, entre sesiones de amamantamiento, se puede recomendar a la madre que coloque hojas de repollo enteras, limpias y frías sobre los senos durante aproximadamente 20 minutos, de 3 a 4 veces al día, hasta que la congestión disminuya. En su lugar, se puede utilizar pañitos con agua fría. En la práctica diaria de las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo de nuestro país estas recomendaciones han sido utilizadas de rutina y se ha comprobado su efectividad.

En algunas mujeres, extraerse leche, después de amamantar al bebé a fin de vaciar totalmente los senos puede resolver el problema de la congestión. Después regrese al amamantamiento frecuente para controlar la congestión de los senos. Hay que recordar que entre más se extraiga la madre, más va a producir por lo que debe haber un equilibrio en este proceso para evitar la congestión recurrente.

Es importante recomendar sobre medicamentos, tales como el ibuprofeno a dosis de 400 mg cada 6 u 8 horas VO, para reducir el dolor y la inflamación. Un sostén para lactancia del tamaño correcto que sostenga bien los senos hace que algunas mujeres se sientan mejor. Otras prefieren no usar sostén cuando tienen congestión.

Seguimiento

Se debe de procurar que la madre cumpla con los pasos para el tratamiento de la congestión mamaria, instruyéndola y educándola con respecto a estos, evitando así que se dé el desarrollo de una infección en los senos. Se debe instruir que si persisten los síntomas o empeora, debe volver a consultar. Entre los signos de alarma a identificar para tomar esta decisión son: persistencia de la fiebre o su aparición , enrojecimiento, induración y malestar general.

Complicaciones

Si una congestión mamaria primaria no es bien tratada puede pasar a congestión mamaria secundaria, en la cual "además de la acumulación de leche, se presenta edema del intersticio de la mama. Las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes y en ocasiones enrojecidas. El manejo incluye el uso de analgésicos como ibuprofeno y/o acetaminofén por al menos 2 o 3 días , calor local para favorecer el vaciamiento, extracción frecuente (idealmente manual) y luego frío local para disminuir la congestión (Se puede usar compresas u hojas de repollo frías).

Prevención

Antes del alta hospitalaria, debe proporcionarse orientación preventiva respecto al desarrollo de la congestión mamaria a todas las madres que amamantan. Las madres deben recibir asesoría respecto a las opciones de tratamiento sintomático destinadas al control del dolor.

Tanto acetaminofén (paracetamol) como ibuprofeno, administrados a dosis adecuadas, son alternativas seguras para las madres que amamantan. Asimismo, se debe proporcionar información acerca de los contactos para la asesoría en apoyo a la lactancia materna.

El personal de salud que atiende a la madre o al recién nacido tras el alta hospitalaria debe preguntar sistemáticamente respecto a la estado de plenitud y congestión mamarias (Berens, 2009).

En nuestra institución, se debe considerar como parte de la educación en salud que debe recibir la madre en el hospital, previo al egreso post parto, en la consulta post parto en el EBAIS y en el seguimiento en las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo.

Imagen 2. Congestión mamaria

7.3 Mastitis

Definición

La mastitis es una afección inflamatoria de la mama, la cual puede acompañarse o no de infección. Habitualmente se asocia con la lactancia, así que también se la conoce como mastitis de la lactancia o mastitis puerperal. Puede ser mortal si se trata de manera inadecuada (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000, p. 1). En relación con esta patología, la Association of Breastfeeding Medicine (ABM) (2008) apunta a que aparentemente existe un continuum que va de la congestión a la mastitis no infecciosa, que evoluciona a mastitis infecciosa y de ahí al absceso mamario.

Signos y síntomas

La definición usual clínica de mastitis es un área cuneiforme del pecho que es sensible, enrojecida, caliente, hinchada y es asociado con fiebre de 38.5ºC o más alta, escalofrío, dolor similar al del resfriado y las enfermedades sistémicas (ABM, 2008). En general, la madre se siente en muy mal estado. Sin embargo, estas mastitis «de libro» sólo se observan en aproximadamente un 10-15% de las mujeres afectadas. En la mayoría de los casos, el único síntoma es un dolor intenso en forma de «pinchazos», acompañado ocasionalmente de síntomas locales, como grietas y/o zonas de induración, pero sin afectación sistémica. Este hecho confunde frecuentemente el

diagnóstico y provoca que se trate de un problema tan infravalorado como infra diagnosticado. El dolor se debe a que las bacterias se disponen en forma de películas biológicas (biofilms) en el epitelio de los acinos y los conductos galactóforos. Si la concentración bacteriana rebasa los límites biológicos, la luz de los conductos se reduce, de manera que la presión que ejerce la leche sobre un epitelio que está inflamado es considerablemente mayor (Delgado et al., 2009).

Como consecuencia de ello, cuando se va acumulando la leche en los conductos o cuando se produce la eyección de ésta, se siente un dolor intenso en forma de «pinchazos». En ocasiones, algunos de los conductos se pueden llegar a obtruirse completamente, lo que provoca una retención de leche que empeora los síntomas locales (dolor, endurecimientos focales). Cuando la obturación se produce en alguno de los conductos que drenan al exterior en el pezón, se puede llegar a observar a simple vista, ya que la leche fluye por un número menor de poros que en condiciones normales.

En ocasiones, estas obstrucciones forman unas estructuras características, integradas por calcio y bacterias, conocidas como «ampollas de leche» o puntos blancos.

Conviene recordar que el calcio es un elemento que fomenta la formación de biofilms y, obviamente, la presencia de este catión en la leche es tan inevitable como imprescindible para el correcto desarrollo del niño y la niña. Desde el punto de vista práctico, los niños pueden mostrarse más irritables o nerviosos durante el amamantamiento, ya que les cuesta bastante más esfuerzo y tiempo obtener la misma cantidad de leche (Delgado et al., 2009).

Bajo este concepto debería tomarse en cuenta que toda mujer en periodo de lactancia que inicie con dolor en sus pechos persistente sin una causa clara, debe descartarse una mastitis infecciosa sobre todo si la sintomatología continúa por más de dos días, para esto el cultivo de la leche humana podría ser un elemento importante para el diagnóstico temprano.

En nuestra institución todos los laboratorios clínicos, tienen la capacidad de realizar este laboratorio y en la mayoría de los casos, se puede contar con el resultado más la prueba de sensibilidad a antibióticos en 72 horas con lo cual se puede iniciar un tratamiento certero.

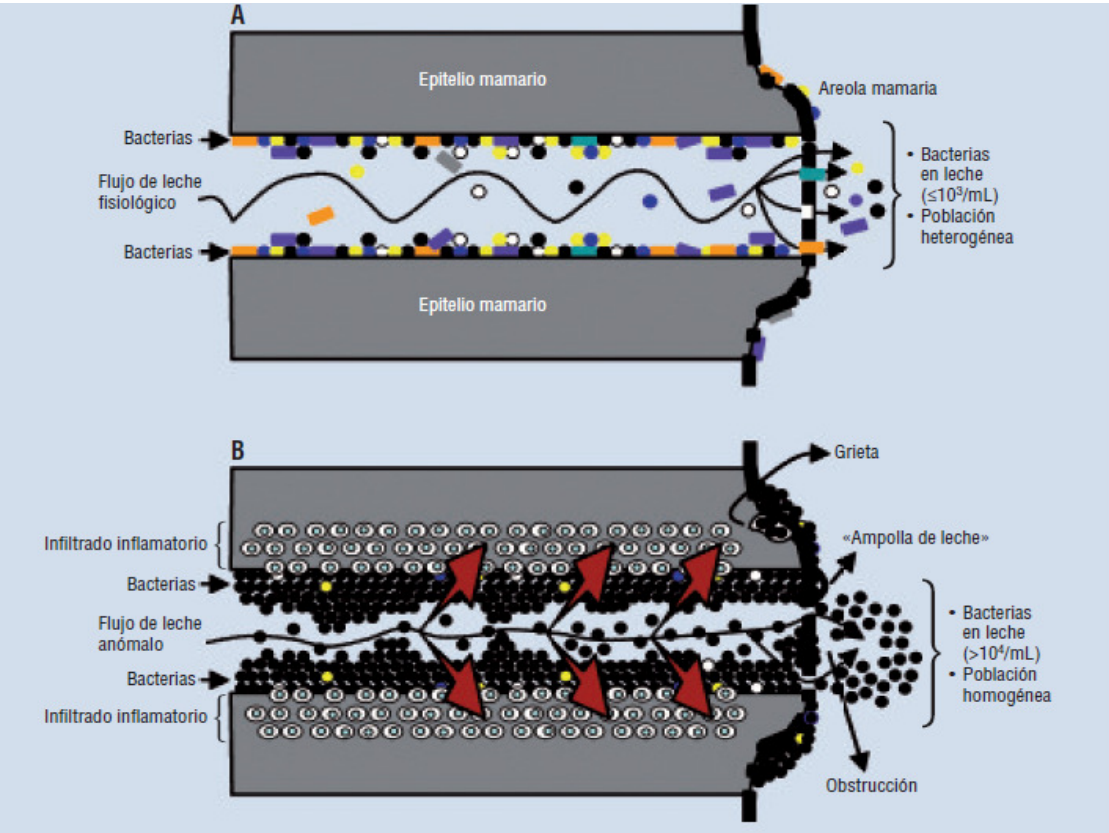

Imagen 3. Representación esquemática del epitelio y los conductos mamarios en condiciones fisiológicas (A) y en una situación de mastitis (B). Las flechas rojas indican el aumento de presión de la leche al pasar por una luz disminuida. Esta presión sobre una zona inflamada es la responsable de los típicos «pinchazos» (Delgado et al., 2009, p. 567).

Mastitis no infecciosa (MNI)

El documento de la OMS (2000) sobre la mastitis expone que la presencia de un cúmulo de leche como consecuencia de no ser extraída correctamente del pecho, puede desencadenar la inflamación del mismo dando paso a la MNI en la que parte del pecho está doloroso, enrojecido, hinchado y endurecido. Habitualmente, sólo se afecta un pecho y a menudo se presenta fiebre y malestar general. Como parte de la respuesta inflamatoria, los espacios intercelulares se abren, permitiendo que las sustancias del plasma pasen a la leche, particularmente inmunoproteínas y sodio. Es por ello que como un signo durante la mastitis el sabor de la leche cambia: se hace más salada y menos dulce (OMS, 2000).

Mastitis infecciosa (MI)

De acuerdo con la publicación de la OMS (2000) la mastitis infecciosa se produce si no se resuelve la estasis de la leche y se vence la protección proporcionada por los factores inmunitarios de la leche y por la respuesta inflamatoria. Los signos y síntomas de la MI son difícilmente diferenciables de los de la MNI, ya que son sumamente similares. Normalmente solo está afectado un pecho y parte de él se torna rojo, doloroso, hinchado, endurecido, y puede haber síntomas generales de fiebre y malestar. Una grieta en el pezón puede ser un signo acompañante.

Los recuentos celulares y de colonias bacterianas son útiles para distinguir la mastitis infecciosa de la no infecciosa. Si no existe la posibilidad de hacer un cultivo de manera rutinaria, puede hacerse selectivamente para casos adquiridos en el hospital, graves o inusuales; si no hay respuesta a los antibióticos en los dos primeros días o si hay mastitis recurrente (OMS, 2000).

Causas

De acuerdo con la publicación de la OMS sobre la mastitis (2000) las dos principales causas de la misma son la estasis de la leche (EL) y la infección, siendo la primera, habitualmente la causa principal, pudiendo acompañarse o progresar hacia la infección o no. La EL ocurre cuando la leche no se extrae del pecho de manera eficaz. Las causas incluyen mal agarre del niño al pecho, succión ineficaz, restricción de la frecuencia o duración entre una toma y otra y el bloqueo de los conductos lácteos. Otras situaciones que puede predisponer a la EL incluyen una sobreproducción de leche, o el estar lactando a gemelos o a más niños productos de partos múltiples.

Además, Delgado et al. (2009) mencionan que en el caso de las infecciones, los microorganismos que la causan con mayor frecuencia son el Staphylococcus aureus siendo el responsable al menos del 75 % de los casos de mastitis infecciosas sintomáticas. En los últimos años, se ha puesto de manifiesto que los estafilococos coagulasa-negativos, como S. epidermidis también son causa importante de mastitis infecciosa en humanos.

El segundo grupo bacteriano implicado en estos procesos infecciosos es el de los estreptococos, ya que, solos o asociados a estafilococos, se encuentran en un 10-15% de los cuadros de mastitis, entre los más frecuentemente aislados están: Streptococcus mitis, S. salivarius e incluso, S. pneumoniae (Delgado et al., 2009).

Menos frecuente (<3%) es la implicación de las corinebacterias o de diversas enterobacterias, como Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae o Enterobacter spp. Excepcionalmente, se han identificado otras especies, como Salmonella typhi o S. paratyphi, causantes de mastitis y abscesos mamarios, pero estos casos no tuvieron lugar durante la lactancia. Mycobacterium tuberculosis es otra causa rara de mastitis. La incidencia de la tuberculosis mamaria oscila entre el 0,1% en los países desarrollados y el 0,3-5% en las regiones endémicas (Delgado et al., 2009).

La ABM (2008) menciona algunos de los factores que pueden favorecer la aparición de la mastitis en las madres durante el periodo de la lactancia. Esta Asociación los considera de esta manera ya que estos constituyen factores que ocasionan la estasis láctea. Entre ellos se encuentran:

- Lesión en el pezón, especialmente si se encuentra colonizado con Staphylococcus aureus.
- Tomas infrecuentes o escasa frecuencia o duración programada de la alimentación.
- Omitir tomas.
- Suplementación con otras bebidas.
- Deficiente capacidad para acoplarse al pezón o falta de coordinación para mamar, ocasionando que una salida de leche ineficiente.
- Enfermedad de la madre o el bebé.
- Suministro excesivo de leche.
- Destete rápido.
- Presión sobre el pecho (sostén ajustado, cinturón de seguridad del auto)..
- Punto blanco en el pezón o conducto obstruido no tratado.
- Estrés y fatiga de la madre.
- Succión débil del niño o niña por causas neonatales.
- Desnutrición de la madre (no existe evidencia de factores de riesgo relacionados con la dieta en humanos).

Diagnóstico

Se realiza el diagnóstico clínico de acuerdo a los signos, síntomas y tiempo de evolución. Por otro lado, Jiménez et al. (2009). recomiendan que, a toda mujer lactante que presente dolor en el pecho, acompañado o no de otros síntomas, se le debería recoger una muestra de leche lo antes posible para confirmar o descartar una mastitis infecciosa, realizar un tratamiento más racional y eficaz, y descartar otros problemas que pueden asociarse con dolor en el pecho/pezón.

Para nuestra institución tenemos que en primer lugar se realizará diagnóstico según los signos y síntomas de la madre. En aquellos casos en que la madre se presente con dolor al amamantar persistente sin que se pueda definir ninguna otra causa, es necesario la toma de cultivo de la leche para definir posteriormente el tratamiento.

Tratamiento

De acuerdo con la publicación de la OMS, el protocolo vigente de la ABM sobre mastitis y el Manual de Implementación de Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)., la mastitis se puede manejar desde tres campos de acción.

Medidas de apoyo

La mastitis es una experiencia dolorosa y frustrante, y hace que muchas mujeres, se sientan muy enfermas. Además del tratamiento eficaz y del control del dolor, la mujer necesita apoyo emocional (OMS, 2000). El descanso, la ingesta adecuada de líquidos y la nutrición constituyen medidas esenciales (ABM, 2008).

En primer lugar se debe trabajar con la madre para reafirmar el valor de la lactancia natural, que es seguro continuar, que la leche del pecho afectado no dañará a su hijo. Además los profesionales pueden brindar técnicas a la madre afectada que tienen como finalidad el convertir el amamantamiento en una experiencia placentera y aminorar síntomas de la mastitis (OMS, 2000).

Diversas entidades recomiendan la aplicación de calor por medio de compresas en el pecho antes de alimentar al bebé, lo cual puede ayudar a que fluya la leche con más facilidad. Por otra parte, una vez que se ha alimentado al bebé o se ha extraído la leche de los pechos se puede proceder a la aplicación de compresas frías en el pecho con el objeto de reducir el dolor y el edema (OMS, 2000; ABM, 2008 y CCSS, 2012).

Así también, se debe sugerir un masaje suave luego de calentar los pechos, esto permitirá que la leche materna fluya sin dificultad. Es mejor dar el pecho o extraer su leche inmediatamente después de estos procedimientos con calor y masaje. Además, se debe recomendar aflojar la ropa ajustada, especialmente el sostén. También resulta fundamental para el manejo de esta patología, el descaso hasta que la madre se sienta mejor (Mohrbacher y Stock, 2002).

Extracción efectiva de la leche

De acuerdo con la ABM (2008) si se toma en cuenta que la estasis láctea constituye el factor que da inicio a la mastitis, el paso más importante en su manejo radica en la extracción frecuente y efectiva de la leche. Resulta de suma importancia el ayudar a la madre a mejorar el agarre de su hijo al pecho y animarle a amamantar frecuentemente, tan a menudo y tanto tiempo como el niño esté dispuesto a hacerlo. Se debe aconsejar a la madre además, si es necesario, extraer la leche del pecho manualmente o de forma mecánica mediante el uso de un sacaleches, hasta que se reanude la lactancia al pecho (OMS, 2000 y CCSS, 2012).

Manejo farmacológico

El manejo farmacológico de la mastitis se basa en el alivio sintomático y la terapia antibiótica. De acuerdo con la OMS (2000) la terapia antibiótica está indicada si:

- Los recuentos celulares y de colonias bacterianas, cuando están disponibles, indican infección.
- Los síntomas son graves desde el comienzo.
- Hay grietas en el pezón.
- Los síntomas no mejoran 12-24 horas después de mejorar el vaciamiento de la leche.

Si los síntomas de mastitis son leves y han estado presentes durante menos de 24 horas, el manejo es conservador (la extracción efectiva de la leche y las medidas de apoyo) puede resultar suficientes. Si los síntomas no mejoran al cabo de 12 a 24 horas o si la mujer padece una enfermedad aguda, se deberá iniciar la administración de antibióticos.

A nivel de la CCSS la terapia antibiótica de primera línea para el manejo de la mastitis consiste en la prescripción de cefalexina 500 mg cada 6 horas vía oral por 10 a 14 días, en caso de alergia a este medicamento se recomienda valorar el uso de Trimetoprim Sulfametoxazol (TMP-SMX).

Si se utiliza TMP-SMX se debe considerar su uso en madres con niños mayores de 1 mes a una dosis de 1 tableta cada 12 horas por 10 o 14 días, medicamento clase L3 (Hale 2012). Es pertinente considerar patrones de resistencia local a Staphilococcus aureus meticilino resistente (SAMR) al elegir un antibiótico, la mayoría de las cepas de estafilococos resistentes a meticilina son susceptibles a TMP-SMX.

El cultivo de la leche materna está indicado si no se observa respuesta a los antibióticos al cabo de dos días, si ocurre recurrencia de la mastitis, si se trata de un caso de mastitis adquirida en el hospital, cuando la paciente es alérgica a los antibióticos terapéuticos habituales o en los casos severos o inusuales de esta patología (OMS, 2000 y ABM, 2008).

La toma de muestras de leche destinadas a un análisis microbiológico se debe efectuar mediante expresión manual en un envase estéril; la única precaución previa que cabe considerar es el lavado de las manos con agua caliente y jabón/detergente, y un secado con una toalla limpia o con una toallita de un solo uso. Para este tipo de análisis es suficiente con una muestra de 1 ml. El hecho de descartar o no las primeras gotas no parece afectar al resultado del análisis. La leche se debe analizar en los primeros 30-45 minutos tras su obtención. Si no es posible, se debe mantener en refrigeración (<6º C) durante un máximo de 24 horas o en congelación a una temperatura igual o inferior a –20º C, sin que se rompa la cadena de frío. De otro modo, podrían proliferar las bacterias y dar lugar a un resultado falso. Por otra parte, tiene que descartarse el uso de bombas extractoras, ya que la mayoría de ellas (o de sus accesorios) no son esterilizables y muchas bacterias pueden persistir tras la aplicación de los protocolos de limpieza recomendados por los fabricantes.

La contaminación de la leche durante el bombeo hace que la concentración bacteriana aumente considerablemente, sobre todo en relación con las enterobacterias, que suelen estar ausentes o presentes en bajas concentraciones en la leche humana. Conviene recordar que el agua potable con la que se limpian o aclaran las bombas puede contener cantidades relativamente elevadas de coniformes (Escherichia coli, Klebsiella spp., Citrobacter spp., Enterobacter spp) (Jiménez et al., 2009).

En cuanto al manejo sintomático, la analgesia puede ayudar al reflejo de eyección de la leche y deberá fomentarse (ABM, 2008). El ibuprofeno, 400 mg cada 6 o 8 horas VO, se considera el más eficaz, y puede ayudar a reducir tanto la inflamación como el dolor. Además se puede emplear el paracetamol o acetaminofén, como otra opción de tratamiento (OMS, 2000 y CCSS, 2012).

Seguimiento

Es fundamental el seguimiento médico a las 48 horas de haber iniciado el tratamiento pues si no existe ninguna mejoría clínica se debe replantear el manejo que se le está dando. Por lo tanto, a toda madre con mastitis se le debe indicar que debe re consultar de manera urgente ante la persistencia de los síntomas a las 48 horas de

iniciado el tratamiento. Si los síntomas de la mastitis no se resuelven al cabo de un máximo de 48 a 72 horas de manejo apropiado, será necesario considerar el diagnóstico diferencial respecto a la presencia de bacterias resistentes, formación de abscesos, una masa subyacente o carcinoma inflamatorio o de los ductos (ABM, 2008).

Complicaciones

Las principales complicaciones asociadas con la mastitis de acuerdo con la ABM (2008) son:

- Interrupción prematura de la lactancia materna: la mastitis puede producir síntomas agudos abrumadores que impulsen a las mujeres a considerar la interrupción de la lactancia. Esto puede exacerbar la mastitis y ocasionar un superior riesgo de formación de abscesos; en consecuencia, el tratamiento efectivo y el apoyo por parte de los profesionales de la salud y la familia resultan importantes en este momento. Puede ser que las madres necesiten que se les asegure que los antibióticos que estén tomando son seguros durante la lactancia.
- Abscesos mamarios: es la complicación más importante asociada con la mastitis.
- Infección por Cándida.

Prevención

Entre los métodos de prevención para el desarrollo de la mastitis, de acuerdo con la ABM (2008) se encuentran:

- Manejo efectivo de la congestión de los pechos: mediante la educación y consejería con la madre para mejorar el posicionamiento del bebé a la hora de amamantarse, cumplir con los horarios de las tomas y la utilización adecuada de las técnicas de extracción manual de la leche cuando estos se encuentran congestionados, con sobreproducción de leche o cuando la madre sienta la necesidad de realizarla. Además se deberá fomentar en la madre el examinarse los pechos en busca de protuberancias, dolor o enrojecimiento.
- Atención inmediata a otras dificultades de la lactancia: las madres con lesiones en los pezones o aquéllas que creen que su suministro de leche es insuficiente necesitarán atención por parte de los profesionales de la salud.
- Descanso: la fatiga con frecuencia constituye un precursor de la mastitis, ya que puede desencadenar un aumento en los niveles de estrés de la madre, es por

ello que los profesionales de la salud deberán alentar a las madres que estén amamantando a que descansen adecuadamente.

- Higiene apropiada: el Staphilococcus aureus es un microorganismo comensal frecuente en hospitales y comunidades, por ello la higiene adecuada de las manos no deberá pasarse por alto. Por otra parte, la bomba de extracción leche también puede constituir una fuente de contaminación y deberá lavarse a conciencia con jabón y agua caliente después de ser usada.
- Mastitis recurrente
- Ante esta situación, Mohrbacher y Stock (2002) recomiendan revisar:

  - ✓ Si hubo o no una recuperación completa de la mastitis anterior: tiempo de tratamiento, terapia completa o no. El fallo en el tratamiento es la principal causa de mastitis recurrente.
  - ✓ Descartar anormalidades en los pechos como nódulos o quistes.
  - ✓ Si se logró controlar los factores predisponentes.
  - ✓ Determinar la presencia de anemia en la madre, como factor predisponente.
  - ✓ Determinar la sobreproducción de leche o el mal vaciamiento recurrente.
  - ✓ Descartar la presencia de lesiones en pezón no resueltas.
  - ✓ Revisar el exceso de grasas saturadas en la dieta materna. Ante esto se recomienda su eliminación y el uso diario de una cucharada de lecitina.

Imagen 4. Mastitis infecciosa: nótese el área enrojecida, tumefacta, caliente de una región del pecho.

7.4 Absceso Mamario

Definición

Un absceso mamario normalmente surge como complicación de un caso de mastitis. Este se da cuando el tejido del pecho afectado por una mastitis circunscribe la infección mediante la formación de una barrera tisular de granulación alrededor de ella y esta se convierte en la cápsula del absceso, el cual se llena de pus (OMS, 2000). La mayor parte de los abscesos se suelen situar adyacentes al borde superior de la areola mamaria (Delgado et al., 2009). Para confirmar el diagnóstico, puede aspirarse pus mediante una jeringuilla con aguja gruesa (OMS, 2000). Ocurre aproximadamente en el 3% de las mujeres que presentan mastitis (Lisa, 2014).

Signos y síntomas

Varios autores señalan que cuando existe un absceso hay una hinchazón intensamente dolorosa (mayor que el dolor presente en la mastitis), que es acompañada por enrojecimiento, calor y edema de la piel que lo recubre, además de una notable deformación del pecho. En los casos desatendidos esta hinchazón puede ser fluctuante, con decoloración y necrosis de la piel. Como otro síntoma, en ocasiones puede presentarse fiebre elevada o no hacerlo (OMS, 2000 y Delgado et al., 2009). Sin embargo, los síntomas sistémicos y fiebre pueden haber desaparecido (Lisa, 2014).

Causas

La mayoría de los abscesos mamarios tienen su origen en la complicación de una mastitis infecciosa debido a un tratamiento tardío o inadecuado o a las características de la cepa bacteriana implicada (Delgado et al, 2009). Los principales agentes etiológicos de abscesos son prácticamente los mismos que los causantes de la mastitis: Staphylococcus aureus, que es la principal especie implicada, seguido muy de cerca por Staphylococcus epidermidis y otros estafilococos coagulasa-negativos (Delgado et al., 2009).

Tratamiento

En la CCSS, toda madre que sea diagnosticada o se sospeche de esta patología debe ser referida con carácter urgente, al Servicio de Urgencias del Hospital, según la Red de Servicios para su adecuado manejo. El tratamiento de los abscesos mamarios es principalmente quirúrgico, ya que se debe drenar el pus. Esto puede hacerse mediante incisión y drenaje, lo cual requiere habitualmente anestesia general

sobre todo si es muy grande o son múltiples (Lisa, 2014). También puede hacerse mediante aspiración, guiada por ecografía, si es posible (OMS, 2000). Resulta necesario, en conjunto con la eliminación del pus, brindar tratamiento sistémico con antibióticos apropiados a la sensibilidad de los microorganismos. Es de suma importancia resaltar que la terapia antibiótica por sí sola, sin drenaje del pus, carece de valor, ya que la pared del absceso crea una barrera que protege a las bacterias patógenas de las defensas del organismo, y hace imposible alcanzar niveles antibióticos eficaces en el tejido infectado (OMS, 2000).

Se debe tomar un cultivo de la secreción para continuar con el tratamiento de acuerdo al agente etiológico encontrado y la prueba de sensibilidad antibiótica (PSA). De indicarse tratamiento intravenoso empírico hospitalario, podría considerarse como posibilidad el uso de la oxacilina, clindamicina que se considera un medicamento seguro, se debe vigilar al lactante por diarrea. En casos graves puede usarse vancomicina, un medicamento catalogado como seguro, compatible y sin riesgo para el lactante (Hale, 2012).

La terapia antibiótica empleada por la CCSS (2012) para el manejo posterior al drenaje de un absceso, si se considera la terapia oral como alternativa segura y eficaz para continuar con el manejo de la misma consiste en la prescripción de cefalexina. De acuerdo con el resultado de la PSA y ante respuesta no satisfactoria a terapia de primera línea se puede considerar el TMP-SMX (si el niño o niña tiene más de 1 mes) o ciprofloxacina para casos de difícil manejo siempre y cuando se realice la valoración de la relación riesgo – beneficio.

La ciprofloxacina podría ser una opción vía oral, en casos de difícil manejo, actualmente se considera L3 (Hale, 2012). O sea, que dependerá de la relación riesgo – beneficio pero no tiene una contraindicación absoluta y la información suministrada por el link www.e-lactancia.org, lo establecen como un medicamento seguro, debido a que se ha estado usando en neonatos sin evidencia de efectos secundarios y además se sabe que pasa muy poca cantidad por leche materna y su absorción estaría dificultada por el calcio de la leche materna. Para minimizar los riesgos asociados a este antibiótico, se podría establecer un amamantamiento previo a la toma del antibiótico y dejar por 4 horas de amamantar, extrayéndose y eliminando esta leche y luego reanudar el amamantamiento hasta la siguiente toma. Esto tomando en cuenta que el Tmax (Tiempo máximo) de la Ciprofloxacina es de 0.5 a 2.3 horas con una T1/2 (Vida media) de 4.1 horas.

La extracción de la leche materna, debe de continuar en el pecho afectado y se debe de considerar, en caso de hospitalización, el alojamiento conjunto. El niño o

niña podría continuar su amamantamiento del pecho afectado siempre y cuando la incisión se encuentre lejos de la areola y no esté en contacto con la boca del bebe (Mohrbacher y Stock, 2002).

Hay contraindicación de amamantar del pecho afectado si hay salida de secreción purulenta por el pezón o cerca del mismo. Una vez drenado el absceso e iniciado el tratamiento antibiótico en la madre, el amamantamiento puede continuar sin ningún temor (Lisa, 2014). Del pecho no afectado, se puede continuar el amamantamiento, aun sin el inicio del tratamiento.

Seguimiento

Con el tratamiento oportuno, apropiado y adecuado de la mastitis y del absceso mamario, la recuperación debería ser completa y habitualmente puede esperarse una función normal del pecho en subsiguientes lactancias (OMS, 2000). Toda madre con esta patología debe de continuar con seguimiento médico hasta la resolución de todos los síntomas por parte de Cirugía General y en la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo según la Red de Servicios.

Complicaciones

Suspensión de la lactancia materna y hasta muerte de la madre derivadas de un absceso mamario no tratado y complicado.

Prevención

Dado que los abscesos mamarios surgen como complicación de casos de mastitis mal manejados, los métodos para su prevención abarcan los utilizados para dicha patología, recomendados por la OMS (2000), la ABM (2008) y la CCSS (2012), además de un manejo oportuno de la misma.

Imagen 5. Absceso de mama izquierda: nótese la masa fluctuante, enrojecida y dolorosa.

7.5 Punto blanco o perla de leche

Definición

A simple vista, se aprecia un punto blanco, pequeño, brillante y nacarado, que se infla cuando mama el bebé y se desinfla después, y que se acaba convirtiendo en un pellejo blanquecino, luego costra y luego se desprende. Todo ese proceso dura aproximadamente entre 5 y 7 días. Duele mucho, como un escozor o quemazón agudo y penetrante (AALM, 2009). Existen dos tipos de vesículas, que se describen en Breastfeeding Problems (2013): se produce cuando un poco de piel crece sobre una abertura del conducto de leche y luego guarda la leche impidiendo que salga, causando un bloqueo en el pezón. Además, se observa también una mancha blanca cuando un coágulo de leche obstruye el conducto por lo que se detiene el flujo de la misma.

Signos y Síntomas

Según la GLM (2011) se puede observar como un punto doloroso blanco, transparente o amarillo en el pezón o la areola y el dolor tiende a concentrarse en ese lugar y justo detrás de él. Si se hace compresión en el pecho para que haya salida de

leche el punto se notará ya que va a sobresalir del pezón. La leche que se acumula en el interior del área se inflama por lo que produce mucho dolor.

Causas

Según Breastfeeding Problems (2013) entre las causas más comunes para la patología del punto blanco se encuentran:

- Cuando existe un desbalance entre la cantidad que se produce y la que se consume, la leche secretada es mayor a la cantidad de leche consumida por el lactante.
- Debido a una presión innecesaria, por lo general se atribuye al uso de sostenes ajustados.
- Debido a la presencia de problemas en la succión de la leche.

La GLM (2011) añade a las causas de esta patología las siguientes:

- Puede ser causada por una obstrucción mamaria que ocurre en el pezón (en la apertura de un conducto), la leche se seca y se endurece en la zona impidiendo la salida de la leche que se acumula detrás.
- La candidiasis del pezón, en este caso el dolor suele extenderse a todo el pezón (e incluso el pecho). y no solo al punto blanco; suele presentar más de una perla de leche que pueden ser debido a una infección bacteriana.

Esta patología no debe confundirse con una ampolla en el pezón causada por fricción, este tipo de ampolla suele ser de un color rojo y marrón (ampolla de sangre) y puede ser causada por fricción debido a un mal agarre, un mal ajuste del sacaleches o un mal uso de una pezonera; la forma de tratar esta ampolla es mediante la corrección de la causa (mejorar el agarre, ajustar la pezonera o dejar de usarla, ajuste del sacaleches).

Tratamiento

Para poder realizar un tratamiento efectivo en la patología de punto blanco, es necesario identificar la causa, para así evitar la reincidencia, de acuerdo a lo mencionado en la GLM (2011) y a partir de esto existen diversos tratamientos que se pueden aplicar, entre los que se encuentran:

- Si la causa es un tapón de leche: aplicar compresas calientes antes de cada toma; esto ayuda a que el conducto se expanda y drene la leche. Si esto resulta insuficiente se puede quitar el tapón con una gasa o una aguja estéril (lo debe realizar un profesional de salud capacitado).

- Si la causa es formación de piel sobre el conducto: se aplican compresas calientes, las cuales suavizan la piel, favoreciendo que se rompa con la succión del bebé, permitiendo la salida de la leche. Si esto resulta insuficiente se puede tocar la piel con una aguja estéril, este procedimiento lo puede realizar un médico o enfermera tratando de extraer o raspar el punto blanco y así lograr la liberación del conducto mamario.

Una posición para amamantar que permite que el bebé ejerza mayor presión y fuerza de succión, se logra colocando al bebe en una mesa o en su cama y la madre se coloca encima del mismo con sus pechos péndulos. El bebé toma el pecho afectado y se amamanta en esta posición (Imagen 7). Si se sospecha de una infección bacteriana, se deben tomar muestras de leche para cultivo bacteriológico y poder recibir el tratamiento correspondiente.

Seguimiento

De acuerdo con lo planteado por la AALM (2009) se debe de consultar al servicio de salud si los signos y síntomas vuelve aparecer o si nota signos de infección (calor, dolor, enrojecimiento), además si el pezón se observa infectado o si aparece pus o sangre en la leche (la fiebre es un signo de infección, por lo tanto si cursa con periodos de fiebre debe consultar).

Esta fuente menciona que también se debe de consultar cuando se encuentra con tratamiento para este padecimiento y los síntomas en vez de mejorar empeoran. Además se indica que si el punto blanco es causado por una infección, deberá seguir tratamiento antibiótico, el cual se debe de cumplir en el tiempo y horarios establecidos).

Complicaciones

El punto blanco puede ser persistente y llegar a ser muy dolorosas para la madre, por lo tanto al tratarlas a tiempo favorecería a su posterior desaparición, sin embargo sin la atención adecuada provocaría una obstrucción mamaria e inclusive mastitis, lo cual empeoraría el proceso de lactancia materna.

Prevención

Rozas (2006) menciona algunas medidas preventivas para los puntos blancos en el pezón:

- Vaciar completamente ambos pechos, alternando las mamas en cada toma.
- Aumentar la frecuencia de las tomas y aplicar calor local antes de éstas.
- Empezar el amamantamiento por el pecho no afectado para favorecer el reflejo de eyección.
- Colocar al neonato de forma que su lengua facilite el drenaje del conducto (la zona que mejor se vacía es la que queda en contacto con la lengua)..
- Durante el amamantamiento, realizar un masaje de la mama en dirección al pezón para facilitar el drenaje del conducto obstruido.
- Si el niño no vacía bien el pecho, usar un sacaleches.

Imagen 6. Punto blanco en el pezón.

Imagen 7. Posición que favorece el manejo del punto blanco.

7.6 Fisuras en el pezón

Definición

Lesiones tipo fisura, escoriación o úlceras que se desarrollan en los pezones de la madre y que generan un gran dolor durante el amamantamiento.

Signos y síntomas

Según Moraes et al. (2011) dentro de los signos y síntomas que se presentan en las mujeres están: el dolor al amamantar producto de las grietas o traumas en el pezón. “Se debe observar si la madre presenta dolor, pues muchas mujeres piensan que el dolor es normal en los pechos al dar de mamar, ello no lo refieren como problema, lo cual no es real” (Schellhorn y Valdés, 2010, p. 177).

Causas

Las causas de lesiones en el pezón son multifactoriales; sobre las más comunes:

- Colocación incorrecta y el acople del bebé a la mama. El niño introduce solo el pezón en su boca y no la areola como corresponde, con lo cual el ejercicio de succión, se ejerce solo en el pezón produciendo dolor. La succión disfuncional (disfunción motora oral). produce dolor aún con una buena posición de amamantamiento ya que depende del acople (Schellhorn y Valdés, 2010).
- Amamantamiento disfuncional y desorganizado que puede darse producto del uso del chupón.
- El uso incorrecto de la bomba extractora de la leche materna.
- Infección bacteriana del pezón.
- Candidiasis del pezón/mama.

Además, Moraes et al. (2011) reportan otras causas de las fisuras del pezón en su investigación, entre las cuales se mencionan:

- Las características anatómicas del pezón.
- La alimentación con el biberón durante la estadía hospitalaria.
- La primiparidad, debido a la inexperiencia de las madres y dificultades técnicas.
- Los antecedentes de grietas en el pezón en embarazos anteriores se asocian con grietas en el embarazo actual.

Aunado a esto Hernández et al. (2008) afirman que la anquiloglosia, causada por un frenillo lingual corto, es causante de las grietas y dolor en el pezón, ya que le impide al bebé envolver con la lengua la base de la areola y la parte inferior del pezón.

Tratamiento

Realizar la historia clínica del inicio, la duración y el tipo de dolor. Inspeccionar el pezón por trauma, eritema, sequedad, formación de costras o supuración. Dirección del posicionamiento y problemas al prenderse en el pecho. Inspeccionar al bebé por las variaciones anatómicas orales que pueden contribuir al dolor, por ejemplo, frenillo corto. Los ungüentos a veces pueden ser útiles. Se debe de colocar sólo una cantidad muy pequeña después de la lactancia materna y no se retirará. El más utilizado es la lanolina pura.

Si la herida está abierta o tiene descarga visible enviar una muestra para cultivo y Prueba de Sensibilidad a los Antibióticos (PSA). Considerar la posibilidad de un tratamiento con antibióticos tópicos y/o antifúngicos en crema/pomada.

Dentro de los antibióticos que se aconsejan utilizar contra la sobreinfección en las grietas el Formulario Terapéutico Institucional para el Primer Nivel de Atención (2008) están: la cefalexina o el TMP -SMX (niños mayores de 1 mes) que son seguros durante la lactancia (Hale, 2012).

Si se acompaña de dolor en el seno profundo considerar el uso de tratamiento oral para la candidiasis (ver sección 7.10) o mastitis subclínica antes descrita. Considerar la posibilidad de vasoespasmo del pezón (ver sección 7.8) si es severo, episódico, con dolor en el pezón acompañado por cambios de color, el cual se verá blanco inducido por dicho padecimiento.

"Si la grieta es leve o reciente, se corrige tomando las medidas para lograr la técnica adecuada, cuidando que la boca del niño esté de frente al pecho y que el pezón y la aréola queden dentro de la boca del niño. Después de cada mamada, se cubre la aréola y el pezón con leche materna y se dejan secar al aire, expuestos al sol o al calor seco, por algunos minutos" (Schellhorn y Valdés, 2010, p. 180).

También es importante insistir a la madre en que no tendrá problemas más adelante si la técnica de lactancia es realizada correctamente. Schellhorn y Valdés (2010) exponen que:

- Se recomienda amamantar con mayor frecuencia, para evitar congestión.
- Comenzar cada alimentación con el lado menos afectado.
- Estimular reflejo de eyección de leche, previo a la succión.
- Extracción manual de leche si la areola está tensa.
- Amamantar en posición que permita control de la cabeza y la mama como la posición en caballito o en balón de futbol.

Además se debe recalcar que "el uso de cremas o lociones cicatrizantes no están indicadas, pues al mantener la humedad del pezón y retirarlas sólo retardan la cicatrización, por ello son aconsejables las cremas de lanolina" (Schellhorn y Valdés, 2010, p. 180). Habitualmente en 24 horas la situación se ha superado.

Los autores en mención agregan que si la grieta es profunda, extensa y dolorosa, se debe suspender la lactancia directa durante 2 o 3 días, realizar extracción

manual de leche o bomba cada 4 horas, administrar la leche extraída utilizando un suplementador como el dedo, cuchara o vasito durante estos días, citar a la madre a control antes de volver a amamantar directamente para asegurar que lo haga con una buena técnica y en una buena posición para lo cual debemos probar distintas posiciones del niño al mamar.

Seguimiento

Si la lesión del pezón es moderada o severa, debe darse seguimiento estricto para garantizar una adecuada técnica de lactancia materna. En caso de lesiones leves, la mayoría corrigen con solo cambios en la técnica de amamantamiento pero se debe dejar cita abierta en caso de empeoramiento de los síntomas.

Complicaciones

"En las grietas que no se curan, debemos sospechar de una sobreinfección micótica, bacteriana o una persistencia de la succión disfuncional. Por ello es necesario examinar la boca del niño buscando una candidiasis y comprobar si la succión es correcta" (Schellhorn y Valdés, 2010, p. 180). Para la "sobreinfección bacteriana por Staphylococcus aureus en las grietas, se aconseja que la madre reciba tratamiento antibiótico oral durante 7-10 días" (Hernández et al., 2008, p. 507).

Prevención

Lo ideal para prevenir que los pezones se agrieten es nutrir la piel desde el comienzo del embarazo. Conociendo las causas es posible prevenirlas, ya que si se eliminan o minimizan los factores desencadenantes, el problema no se originará o se presentará de manera menos invasiva. Una estrategia efectiva para disminuir la incidencia de estas lesiones es la educación de las mujeres durante el embarazo o en el posparto (Moraes et al., 2011, p. 16).

Además, Newman (2009) da conocer una serie de medidas que se pueden tomar en cuenta como medidas de prevención ante las fisuras de pezón en el proceso de amamantamiento: los pezones deben ser expuestos al aire tanto como sea posible, excepto cuando existe vasoespasmo. Cuando no es posible exponer los pezones al aire, se usan las conchas de plástico de mama en forma de cúpula, se puede usar para proteger los pezones del roce de la ropa (utilice el agujero más grande disponible para que el pezón no se roce con el plástico). Los protectores de lactancia mantienen la humedad contra el pezón y puede causar daño. Si presenta fugas de leche se puede

colocar un protector de lactancia sobre la concha de plástico. No lavar los pechos con jabón pues elimina la protección natural de la piel de la areola producido por las glándulas de Montgomery. El baño diario es más que suficiente. Si el bebé está aumentando de peso, y no hay ninguna buena razón por la que deba ser alimentado con ambos pechos en cada alimentación, se puede ahorrar el dolor y acelerar la curación si se alimenta al bebé con un solo pecho durante cada comida, pero hay que tener cuidado ya que no todas las madres pueden alimentar a un bebé en un solo pecho.

Imagen 8. Fisuras en pezón producidas por mala técnica de alimentación.

7.7 Pezón plano y pezón invertido

Definición

Los pezones de las madres son de diferentes formas y tamaños, y algunos de estos pueden dificultar el amamantamiento, en el primer embarazo, es común que el pezón no protruya de forma adecuada, pero al ir cambiando la piel durante el embarazo, los pezones también van cambiando y solo el 10% de las madres continúan con la inversión después del nacimiento, y esta disminuye en los siguientes embarazos (Breastfeeding Basics, 2013). Los pezones invertidos pueden ser diagnosticados apretando la areola entre el índice y el pulgar, en donde un pezón plano o normal va a protruir, mientras que un pezón invertido se retrae (AALM, 2008).

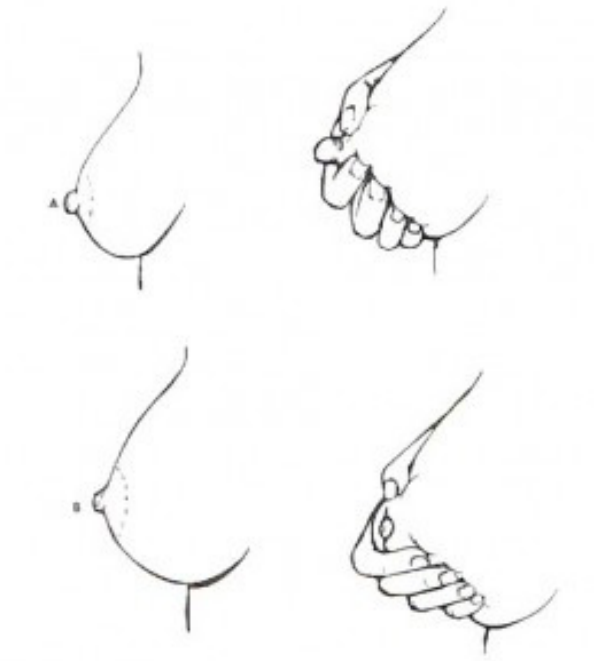

Imagen 9. Diagnóstico para pezón plano o invertido

AALM (2008) indica que esta condición no es en sí misma un impedimento para la lactancia materna aunque podría llegar a serlo si se suman otros factores de riesgo como:

- Inicio tardío de la lactancia (después de las 2 primeras horas después del parto).
- Ofrecer biberones de leche de fórmula, sueros o chupetas.
- Uso de pezoneras.
- Horarios estrictos que favorecen la ingurgitación.
- Comentarios desalentadores por parte de familiares o profesionales.

Causas

Un pezón invertido verdadero es causado por adhesiones en la base del pezón, que conecta la piel con el tejido subyacente. Cuando la piel se vuelve más elástica en el tercer trimestre de embarazo, algunas de las células en el pezón pueden permanecer unidas y algunas veces, el estrés de un amamantamiento vigoroso puede causar adhesión al levantar en lugar de estirarse y soltarse, causando dolor y pezones agrietados (Breastfeeding Basics, 2013).

No es inusual que una madre tenga solo un pezón plano o invertido, o que tenga uno que protruye más que otro. El grado de inversión varía de gran manera, la

dificultad para amamantar depende de este grado además de cómo se encuentre el o la bebé, ya que si este o esta se encuentra fuerte, saludable, a buen término y con una succión vigorosa, va a ser capaz de liberar el pezón de sus adherencias (Breastfeeding Basics, 2013).

Tratamiento

Los ejercicios de Hoffman que se describen en la literatura, no se recomiendan durante el embarazo pues se ha reportado casos de amenazas de parto prematuro por desencadenar contracciones uterinas y durante el periodo de amamantamiento podrían producir lesiones en el pezón. El tratamiento que se utiliza en estos casos es no farmacológico, entre las consideraciones que se deben tomar en cuenta se encuentran (AALM, 2008):

- Alentar a la madre e infundirle seguridad en sí misma.
- Favorecer el inicio precoz de la lactancia materna (se debe de aprovechar la etapa más reactiva del niño o niñas en el postparto inmediato: las dos primeras horas).
- Se puede estimular el pezón mojándolo con agua fría antes de mamar el bebé, ya que la mayoría de estos protruyen como reflejo al contacto o al frío, además, se puede probar colocando un sacaleches o saca pezones antes de amamantar a su bebe.
- Administrar asistencia profesional y apoyo durante las tomas. A veces la posición para amamantar llamada "caballito" puede favorecer el agarre.
- Acercar el o la bebé junto a la madre con el cuerpo bien alineado.
- A falta de pezón, estimular con un dedo las comisuras del bebé para que abra la boca.
- Apuntar el pezón hacia el paladar e introducir el pecho en la boca del niño o niña, sujetándolo por detrás de la areola.
- Una vez el niño o niña se ha agarrado, mantener la sujeción hasta que haya succionado un par de veces y se haya creado el vacío suficiente para que el pezón quede situado tras el paladar y el pecho no se escape.
- No es necesario colocar leche de fórmula para estimular la habilidad del niño o niña, ya que presionando con el índice y el pulgar por detrás de la areola saldrán gotas de calostro, que funcionarán para la estimulación y además hará aumentar la confianza de la madre que verá su propia leche asegurando la producción.
- No interferir en el proceso de aprendizaje del niño o niña a mamar ofreciendo chupetas o pezoneras, ya que estos difieren en la técnica de succión en

comparación con la del pecho, creando en el o la niña confusión, retardando el momento de mamar bien por primera vez y si ya comenzó, podría conducir a rechazo del pecho.

- No se recomienda la utilización de pezoneras ya que su uso retrasa el aprendizaje del bebé a mamar correctamente e impide el modelamiento del pezón, además con una pezonera el niño o niña no puede ejercer la succión correcta y no alcanza la areola, disminuyendo la cantidad de leche que toma y con ello la producción láctea. También, es muy difícil desacostumbrar al niño y a la madre a la pezonera. En los primeros intentos, el bebé suele reaccionar rechazando el pecho, llorando y callando sólo con la pezonera. Si tras intentar que mame sin ella sigue sin ser posible, puede ser útil el método del "cambiazo", el cual consiste en dejar mamar al niño con pezonera dos o tres minutos, y cuando se haya tranquilizado, retirar durante una pausa de succión la pezonera y colocar rápidamente el pecho. Este método acaba funcionando, probablemente después de varios intentos.
- Es importante animar a las madres que hayan empezado a amamantar con pezonera de que intenten eliminarla. Se trata de hacerles ver que su hijo o hija es capaz de mamar sin ella y que no debe ofrecerla más.
- Demostrar a las madres que pueden amamantar solas. Algunas madres se sienten inseguras y necesitan apoyo profesional durante bastantes tomas mientras están en el Hospital, pues aseguran que el niño o niña mama mejor cuando reciben soporte directo. En estos casos se puede estar a su lado pero evitando intervenir o haciéndolo lo menos posible.
- Si el amamantamiento se vuelve estresante, se debe de detener y confortar al bebé, para que la alimentación no se vuelva una situación difícil para este o esta (Breastfeeding Basics, 2013).
- Si la madre siente dolor, se debe de recomendar mantener los pezones secos después del amamantamiento, además de aplicar lanolina si es necesario (Breastfeeding Basics, 2013).
- Se puede utilizar un sacaleches mecánico para estimular la protrusión del pezón, si solo un pezón está plano o invertido, se puede dar al bebé del que no lo está y estimular el pezón que si lo está con el sacaleches (Breastfeeding Basics, 2013).

Seguimiento

Los o las profesionales pueden remitir a las madres con pezones planos o invertidos a la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo según la Red de Servicios a

nivel institucional. Ellas deben tener un acompañamiento durante el proceso inicial de lactancia para asegurar el éxito de la misma.

Complicaciones

Cuando el pezón es plano o invertido se debe insistir en la lactancia frecuentemente para evitar la ingurgitación o congestión mamaria, ya que al niño o la niña le cuesta más succionar. Se puede solucionar aplicando calor y drenando el pecho antes de la toma, manualmente o con un sacaleches (AALM, 2008).

Prevención

No se puede prevenir ya que la forma y tamaño del pezón el parte de la genética de la madre, pero si se puede motivar a que la madre continúe amamantando al recién nacido por medio de técnicas determinadas a este fin (Breastfeeding Basics, 2013).

Imagen 10. Pezones invertidos

Imagen 11. Pezón plano

7.8 Fenómeno de Raynaud

Definición

El Fenómeno de Raynaud (FR) es una isquemia vascular periférica episódica y reversible provocada por frío o emociones, se describen tres fases: blanqueo o isquemia, cianosis y rubor o hiperemia; además este fenómeno puede afectar hasta un 20% de mujeres en edad fértil (Leroux, 2010).

Signos y síntomas

El diagnóstico del Fenómeno de Raynaud se realiza en base a las manifestaciones clínicas, ya que no existen análisis o estudios específicos. Leroux (2010) hace alusión a que los síntomas asociados al Fenómeno de Raynaud en pezones incluyen:

- Dolor intenso y pulsátil del pezón.

- Blanqueamiento del pezón con el acto de amamantamiento, seguido de cianosis o rubor asociado a dolor de jerarquía, cambios bifásicos o trifásicos de color.
- Precipitación de los síntomas al exponerse al frío.
- Además de una lactancia dolorosa.

Las mujeres afectadas sufren episodios de vasoespasmo seguidos de vasodilatación en la zona del pezón después de iniciada la toma y tras finalizarla (Hernández et al., 2008). Como bien lo indica Leroux (2010) se describen tres fases en el Fenómeno de Raynaud, a la primera se le llama blanqueo o isquemia, en esta ocurre un vasoespasmo arterial; seguidamente ocurre cianosis, en esta fase se muestra un color azulado que refleja el enlentecimiento del flujo o rémora a nivel venoso; la tercera fase corresponde al rubor o hiperemia, en ésta etapa se señala el retorno rápido del flujo arterial. Hernández et al (2008) hace alusión a que la mayoría de las mujeres que lo presentan no sufren la sintomatología en otras zonas.

Fenómeno de Raynaud del pezón no es a menudo la razón exclusiva para el dolor en el pezón pues podría estar asociado a una infección por Cándida o Staphilococcus aureus, pero la vasoconstricción puede ser un factor significativo que contribuye Si la madre ya ha recibido antibióticos orales y anti fúngicos y no ha tenido una respuesta completa o si el paciente tiene antecedentes de intolerancia al frío, se debe considerar el fenómeno de Raynaud como una posible causa del dolor (Barrett, 2013).

Causas

El Síndrome de Raynaud en el pezón se demuestra en algunos casos durante la lactancia materna, el desencadenante a menudo es un mal agarre del pecho por el lactante, algún exalto emocional, o bien, el frío (Hernández et al., 2008).

Tratamiento

El tratamiento a este fenómeno puede ser mediante medidas terapéuticas o farmacológicas. Hernández et al. (2008) menciona que la mayoría de los casos mejoran tras corregir la postura del lactante.

Las medidas terapéuticas ante el Fenómeno de Raynaud son mencionadas por Leroux (2010) incluyen acciones como, aplicar calor local inmediatamente tras la toma en forma de compresas tibias, evitar succiones demasiado prolongadas, y ofrecer el pecho en un ambiente cálido. Las drogas vasoconstrictoras (entre ellas la cafeína) y el

cigarrillo deben evitarse, ya que el flujo sanguíneo de la región mamaria puede disminuir.

El tratamiento farmacológico que se utiliza en caso de que no se observe mejoría al emplear las anteriores medidas es la nifedipina oral de acción prolongada, empezando con 10 mg b.i.d y progresando cada 2 o 3 días si no hay alivio aumentar a 20 mg b.i.d hasta 30 mg cada b.i.d VO. La dosis que alivie el dolor se mantiene hasta por 3 semanas. Vigilar por efectos secundarios en la madre, predominantemente cefalea, edema bipodálico o estreñimiento. La nifedipina es un medicamento seguro para el lactante y la madre, considerado L2 (Hale 2012). Dada la baja prevalencia de esta enfermedad y ante la presencia de un caso excepcional se deberá enviar la solicitud en formulario estandarizado de gestión de un medicamento NO LOM agudo, con la información clínica y completa del caso, para que sea valorado por el Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica de la CCSS. La sospecha de esta patología deberá implicar una referencia a la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo según la Red de Servicios para su adecuado tratamiento y seguimiento.

Seguimiento

Debe darse seguimiento estrecho mínimo cada semana en la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo, según Red de Servicios, hasta que suspenda el tratamiento y luego de su finalización para ver evolución.

Complicaciones

No hay complicaciones reportadas. Sólo la suspensión de la lactancia por dolor.

Prevención

Una adecuada colocación al pecho.

Imagen 12. Fenómeno de Raynaud durante la lactancia materna: nótese la zona de blanquecina en el pezón y areola que cambia su color rápidamente y que implica un vasoespasmo arteriolar.

7.9 Baja producción de leche materna

Definición

La baja producción de leche materna es descrita por la GLM (2011) como una producción láctea disminuida en la mujer que se encuentra durante el periodo de lactancia. Sin embargo, es importante establecer la diferencia entre el suministro insuficiente de leche materna y una posible percepción de la poca producción láctea por parte de la madre, ya que en ocasiones, la apreciación de ésta puede deberse a otros factores tales como un mal acoplamiento y/o posición inadecuada durante la toma, según lo descrito por la AEP (2012).

Signos y síntomas

Existen signos y síntomas que van a servir como indicadores para sospechar cuándo el aporte de leche materna es insuficiente para satisfacer las necesidades alimenticias del niño o la niña lactante. De acuerdo con la GLM (2011) los signos comprenden la poca ganancia de peso, signos de deshidratación y la baja producción de orina (menos de 6 veces al día), mientras que los síntomas son irritabilidad, letargo

o somnolencia, así como que el niño o la niña quiera mamar can más frecuencia de 2 horas, o que las tomas duren menos de 5 minutos o más de 40 (a excepción de los recién nacidos y niños o niñas con bajo peso al nacer).

Causas

Según lo explicado por Macías, Rodríguez y Ronayne (2006) la producción de leche materna está influenciada por factores psicológicos, fisiológicos y sociológicos, que con frecuencia se encuentran relacionados.

Dentro de los factores psicológicos, se encuentran la ansiedad y los trastornos emocionales, tales como el estrés y la depresión postparto, que no sólo alteran la secreción láctea, sino que pueden llegar a interrumpirla de manera definitiva.

En cuanto a los factores fisiológicos, se considera que la frecuencia, duración y vigor de la succión del o la lactante influyen directamente en la cantidad de leche producida por la glándula mamaria, la cual responde directamente al estímulo.

Los factores sociales incluyen el uso de suplementos y sucedáneos de la leche materna mientras la madre está fuera del hogar, lo que limita el estímulo a la glándula mamaria y, por lo tanto, la producción láctea disminuye (Macías, Rodríguez y Ronayne, 2006, s.p.).

Existen otras causas que pueden conllevar a la baja en la producción de leche materna, tales como las mencionadas por la GLM (2011) entre las cuales se encuentran:

- Consumo de alcohol.
- Uso de ciertos medicamentos como los opiáceos.
- Trastornos alimenticos, como la bulimia severa.
- Cirugía de reducción de pecho (no siempre).
- Presencia de dolor en la madre.
- Deficiencia de prolactina; lo cual, a su vez, puede deberse a factores como:
- Hipoplasia mamaria de la madre (atrofia o falta de desarrollo del tejido mamario, senos tubulares).
- Consumo de nicotina.
- Píldoras anticonceptivas combinadas (estrógenos y progesterona).
- Síndrome de Sheehan (infarto de la glándula hipofisaria, secundaria a una hemorragia postparto).

Tratamiento

Una vez diagnosticada la o las causas de la baja producción de leche materna, es posible identificar las respectivas medidas necesarias para mejorar dicha condición. La CCSS (2012) indica que se debe evitar el uso de biberón, además de no dar agua ni ningún otro líquido. En lugar de esto, recomienda que la madre se extraiga la leche entre las tomas, la cual puede almacenarse en caso de que la madre trabaje o se ausente; y se le puede administrar al niño o niña ya sea con cuchara, jeringa, beberito o taza.

Además, la madre debe mantener una alimentación variada y balanceada, la cual debe reajustarse de acuerdo a las necesidades de una mujer en periodo de lactancia (debe ingerir 500 calorías más de lo habitual) e hidratarse de manera adecuada y regular con líquidos como agua, sopas, atoles, refrescos o bebidas calientes, y se deben evitar el café, té, o gaseosas en exceso y el licor (CCSS, 2012). Dentro de las recomendaciones brindadas por la GLM (2011) se encuentran:

- Verificar el acople adecuado a la hora de la toma: se debe brindar la información a la madre acerca de los signos de un correcto acople, tales como la succión vigorosa, la boca bel bebé en “forma de pez” (el labio superior hacia arriba y el inferíos hacia abajo), y que además debe abarcar toda o al menos gran parte de la areola, esto para que el estímulo a las glándulas mamarias sea efectivo.

- Mantener una posición cómoda: es importante educar a la madre sobre las diversas posiciones para mantener la comodidad tanto de ella como de la niña o niño lactante, lo que facilita la relajación (que favorece la producción y eyección de la leche), además de evitar posiciones viciosas que puedan inducir dolor en la madre (lo que disminuye la producción de leche) y permitir que el o la bebé puedan realizar la técnica de succión de manera adecuada (se debe dejar la cabeza con cierto rango de movimiento para que pueda mamar adecuadamente).

- Amamantar regularmente y a demanda: esto es cada vez que el niño o niña pida el pecho. Normalmente, se debe dar de mamar alrededor de 8 veces al día; sin embargo, cuando la producción de leche está disminuida, puede ser necesario aumentar en número de tomas a 10 o 12 en 24 horas, principalmente durante las primeras 6 semanas, mientras se estabiliza la producción de leche. Durante cada toma, la madre debe dar de mamar al bebé de un solo pecho; no obstante, cuando la producción de leche es muy poca, se puede realizar al

cambio de pecho una vez quede “vacío”, lo que generará que el estímulo aumente, provocando el reflejo de eyección de la leche. Este cambio puede realizarse hasta 2 veces durante una misma toma, mientras la producción de leche es reducida. Una vez se normalice la producción láctea, se debe dar de un solo pecho durante cada toma.

- Evitar el uso de chupeta, ya que puede crear la falsa impresión de que el bebé no tiene hambre.

- Evitar el uso de fórmulas suplementarias (excepto cuando se da por indicación médica), ya que estas producen una disminución del apetito del niño o la niña, ya que esta disminuye el vaciamiento gástrico y es más lenta de digerir.

- Estimular constantemente: ya sea por medio del estímulo directo que proporciona el bebé durante la toma, así como masajes en los pezones o bien por medios mecánicos como el sacaleches, es importante que es estímulo sea regular, al menos cada 2 a 3 horas (máximo)., esto con el fin de mantener los niveles de oxitocina y prolactina sanguíneos y así evitar la disminución de la producción de leche. El contacto piel a piel madre-hijo (o hija). mejora el estímulo. Es importante que la madre descanse mientras el bebé duerme, ya que el cansancio excesivo genera un estado de estrés fisiológico que, a su vez, disminuye la producción láctea.

- En ocasiones, puede ser necesario el uso de galactogogos, los cuales actúan como antagonistas de la dopamina e incrementan los niveles de prolactina por medio de ese mecanismo. Al respecto, la ABM (2011) recomienda el uso de la metoclopramida o domperidona. Sin embargo, en el caso de la metoclopramida, señala que los estudios no han evidenciado un efecto estadísticamente significativo en cuanto al aumento y mantenimiento de la producción láctea, ni el aumento de peso de los y las niñas y niños.

  Más aún, la ABM (2011) manifiesta que, a pesar del uso generalizado de los galactogogos, existen razones para reconsiderar esta práctica, ya que, aunque éstos sí incrementan la prolactina sérica, no hay una relación directa entre los niveles basales de la prolactina y la tasa de síntesis o volúmenes medidos en producción láctea. Además, señala que los estudios posteriores al 2006, que han indicado dicha relación, incurren en deficiencias metodológicas que ponen en cuestionamiento sus resultados.

Seguimiento

Toda madre con baja producción, requiere seguimiento en la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo, según la Red de Servicios para dar seguimiento a la madre como la evolución del crecimiento e hidratación de su niño o niña.

Complicaciones

La GLM (2011) menciona que los posibles complicaciones por la baja producción de leche materna consisten principalmente en la deshidratación del niño o la niña, la poca ganancia de peso e incluso una disminución significativa en los niveles de glucosa.

Prevención

Para evitar la baja producción de leche materna, de acuerdo con la GLM (2011) la principal medida de prevención consiste en mantener un estímulo constante y adecuado de las glándulas mamarias por medio de el amamantamiento frecuente del niño o la niña, y, de ser necesario, complementar ese estímulo con masajes en los pezones y con la extracción manual o mecánica de la leche.

Además, es recomendable instruir a la madre sobre técnicas de relajación, posiciones adecuadas para brindar lactancia materna, y recomendaciones nutricionales para mantener una producción láctea óptima durante el periodo de amamantamiento, principalmente los 6 primeros meses, que es el periodo recomendado para amamantamiento exclusivo.

7.10 Candidiasis

Definición

La candidiasis, también conocida como moniliasis, es una infección causada por levaduras del género Cándida, siendo la más frecuente la Cándida albicans, que forma parte de la flora bacteriana normal del ser humano, de acuerdo a lo expuesto por Mason et al (2010).

Signos y síntomas

- Dolor o ardor intenso y quemante en pezón y areola que a menudo es descrito como “pinchazos como de aguja”, durante el amamantamiento y después de este (puede persistir hasta por más de 1 hora).
- Dolores súbitos que irradian hacia la pared del pecho, la espalda y el hombro.
- Escozor en la zona del pezón y areola.
- Hipersensibilidad en pezones, areolas o ambos.
- Eritema (se puede observar de color rosado violáceo).
- Despigmentación en los pezones o de una parte o la totalidad de la areola.
- Fisuras en pezones y areolas sobre todo en la base del pezón.
- Descamación.
- Candidiasis en el niño o niña.

Causas

Existen ciertas condiciones y factores predisponentes asociados al desarrollo de este tipo de infección, como los son el uso reciente de antibióticos, anticonceptivos orales, glucocorticoides y otros medicamentos inmunosupresores, y el padecimiento de algunas enfermedades sistémicas como la anemia (Herrero, 2008). Por otro lado, Larrondo, González y Hernández (2001) mencionan algunos otros factores, como lo son los traumatismos, lesiones o fisuras en los pezones, humedad, oclusión local, maceración (prendas ajustadas) e incluso deficiencias nutricionales de ciertas vitaminas y minerales como el hierro.

El Comité de Lactancia Materna de la AEP (2004) postula que la candidiasis en el pezón y areola, es más frecuente en madres diabéticas y en mujeres con candidiasis vaginal ya que el lactante puede haberse contaminado durante el parto e inocular los hongos en el pecho al mamar, siendo esta una de las principales causas para adquirir la infección.

Los niños a término son especialmente susceptibles y presumiblemente se contagian por colonización de la boca con el canal del parto (Larrondo, González y Hernández, 2001). Sin embargo, Delgado et al. (2009) aseguran que señalar la Cándida albicans como una de las principales causas de mastitis o de dolor en los pezones es un error injustificado, y que no existe evidencia científica ni microbiológica para tal aseveración.

Diagnóstico

Aunque hoy en día es común hacer el diagnóstico con base en la observación de los signos y síntomas, se recomienda realizar cultivos microbiológicos para confirmar el diagnóstico y descartar otras infecciones que provoquen una sintomatología similar y que sean causadas por agentes patógenos más comunes como lo son Staphylococcus aureus, Enterococcus, y Streptococcus (Delgado et al., 2009).

De las medidas de abordaje propuestas podemos destacar la toma de muestras para análisis microbiológicos de leche y piel de pezones y boca-genitales del niño en especial cuando el episodio no mejora tras varios días de tratamiento tópico o sistémico, instaurado en base a la sintomatología referida por la madre (Herrero, 2008).

Es posible encontrar infecciones mixtas, de hecho muchas mujeres referían alivio de los síntomas con agentes antifúngicos, aunque también la mayoría recibían esa indicación sin cultivo microbiológico y sufrían insuficiente resolución de los síntomas el 83.76 % de los procesos mamarios estudiados fueron de origen bacteriano, frente a un 6,28 % de origen fúngico (Herrero, 2008). Con base en esto se reitera la necesidad de realizar las pruebas de laboratorio pertinentes a fin de efectuar un diagnóstico acertado y así brindar a la madre y a su hijo un tratamiento que logre resolver la alteración a la mayor brevedad evitando así complicaciones innecesarias y prevenibles.

Tratamiento

Herrero (2008) recomienda la utilización de medicamentos tópicos, antifúngicos y analgésicos sistémicos, además de algunas otras medidas para el manejo del dolor y para mantener la motivación, estimulación y apoyo a la madre. Agrega que el apoyo emocional a la madre es necesario para ayudarle a manejar la frustración generada por la persistencia del dolor. Debe darse de manera clara, reafirmando el valor de la lactancia natural y las medidas necesarias para el tratamiento. Además, recomienda la extracción temporal de la leche materna en el pecho afectado, sobre todo para evitar mayores molestias en la madre a la hora de amamantar, y a la vez mantener la estimulación para la producción adecuada de leche materna y evitar complicaciones congestivas.

Larrondo, González y Hernández (2001) recomiendan una dieta rica en frutas y vegetales que aporten sobre todo vitaminas del complejo B y vitamina C y con bajo contenido en azúcares, además de evitar alimentos que contengan o favorezcan la

levadura, como los productos horneados, el alcohol y el vinagre. Herrero (2008) sugiere el uso de paracetamol o ibuprofeno, los cuales son considerados como seguros durante el periodo de lactancia; además, se debe evitar el consumo de vasoconstrictores como la cafeína y la nicotina.

Pueden tratarse a la madre y al niño o niña simultáneamente, si es necesario. Según Herrero (2008) los tratamientos tópicos son más efectivos si se aplican al observarse los primeros síntomas. La aplicación se realiza en el área del pezón después de cada toma y se deben aplicar entre 10 a 14 días.

La CCSS (2012) recomienda el uso de bifonazol o miconazol tópico por 10 días para la madre y nistatina para el niño o niña (Neonatos 100 000 U cada 6 horas y lactantes 200 000 U cada 6 horas por 10 a 14 días). En caso de que el tratamiento tópico no permita la resolución del problema en la madre y se sospeche de una candidiasis intraductal, el Comité de Farmacoterapia Central de la CCSS recomienda: Fluconazol 400 mg VO stat y luego 200 mg cada día por 14 días. Este medicamento se considera seguro y compatible con la lactancia materna. Los médicos pediatras de la institución están autorizados para su uso. Si se detecta un caso de candidiasis intraductal sin respuesta a miconazol tópico, en Primer Nivel de Atención, debe ser referido a la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo, según la Red de Servicios para su correspondiente abordaje.

El tratamiento sistémico está indicado cuando no sean efectivos, pasados unos días, los tratamientos tópicos y con cultivos positivos que indiquen infección fúngico o mixta (Herrero, 2008).

Seguimiento

Herrero (2008) sugiere mantener el asesoramiento de apoyo hasta que se dé una completa recuperación, de manera que se siga estimulando a la madre a brindar lactancia materna natural, a la vez que se le educa sobre la manera de prevenir futuras re-infecciones o complicaciones.

Complicaciones

El dolor persistente durante el amamantamiento, podría llevar a la suspensión de la lactancia y/o baja producción.

Prevención

La prevención de esta infección durante el periodo de lactancia se basa principalmente en la educación a la madre acerca de los cuidados correctos de los pezones, además de las recomendaciones adecuadas para disminuir aquellos factores de riesgo modificables.

Entre las recomendaciones que Schmieg (2011) expone se encuentran: mantener la zona de la areola y el pezón seca, evitando el uso de protectores y utilizando las conchas de recolección de leche materna, además de evitar el uso de jabones para asear la zona, y usan únicamente agua limpia:

- No se debe lavar el pezón con jabón (incluso cuando no existe ningún problema), porque esto anularía la función de las glándulas de Montgomery (glándulas sebáceas que mantienen el pezón y la areola lubricados y los protegen de infecciones) haciendo que tanto el pezón como la areola se sequen, pudiendo causar o aumentar los problemas (grietas, infecciones etc.) (Schmieg, 2011).

Imagen 13. Candidiasis del pezón y la areola

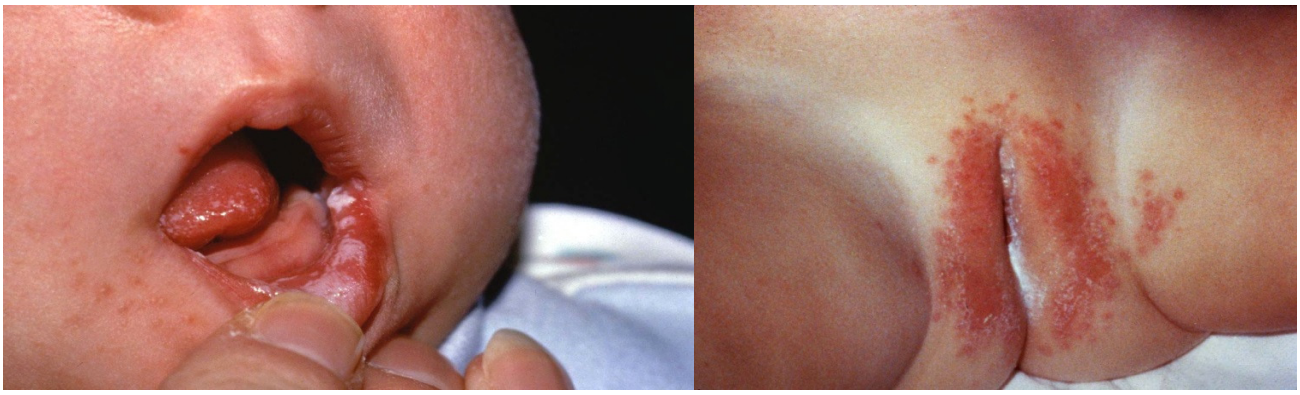

Imagen 14. Candidiasis en niño a nivel de boca y genitales.

8. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL NIÑO Y LA NIÑA DURANTE EL PERIODO DE LACTANCIA MATERNA

8.1 Frenillo Corto o Anquiloglosia

Definición

La anquiloglosia se define como la presencia de un frenillo sublingual que cambia la apariencia o la función de la lengua del o la bebé debido a que su longitud se encuentra disminuida, además presenta un deterioro en la elasticidad, encontrándose muy cerca de la cresta gingival y adoptando muchas veces forma de corazón durante la protrusión. Este padecimiento impide al bebé ampliar y elevar la parte anterior de la lengua alterando así el movimiento peristáltico de ésta durante la alimentación, lo que puede provocar a su vez lesiones en el pezón y problemas con la transferencia de leche para los y las lactantes, perjudicando así su aumento eficaz de peso (ABM, 2004).

Esta condición puede ser dividida en cuatro grupos, de acuerdo con cuan cerca se encuentre la punta de la lengua al borde anterior del frenillo. **Tipo 1** es cuando se da la unión de la frenillo a la punta de la lengua, normalmente se da en frente de la cresta alveolar en el surco labio inferior.

Imagen 15. Frenillo Tipo 1

Tipo 2 es cuando la unión del frenillo se encuentra de dos a cuatro mm detrás la punta de la lengua, unido sobre o detrás de cresta alveolar.

Imagen 16. Frenillo Tipo 2

Tipo 3 frenillo corto es la unión entre la mitad de la lengua y la mitad del piso de la boca, es por lo general más apretado y menos elástico.

Imagen 17. Frenillo Tipo 3

Tipo 4 el frenillo se encuentra esencialmente contra la base de la lengua, es grueso, brillante y muy inelástico (Coryllos, Watson y Salloum, 2004). El frenillo como tal no se aprecia a simple vista, ya que se halla oculto bajo una capa de tejido mucoso, y restringe casi totalmente la movilidad de la lengua, por lo que ésta se halla muy

anclada al suelo de la boca y puede presentar un aspecto compacto. El movimiento de la lengua suele ser asimétrico. A menudo, se aprecia un paladar ojival o estrecho, consecuencia directa de la escasa movilidad de la lengua.

Imagen 18. Frenillo Tipo 4

Los tipos 1 y 2, son considerados los más comunes y frecuentes mientras que los tipos 3 y 4 son menos comunes, y puesto que son más difíciles para visualizar son los más propensos a no recibir tratamiento. El tipo 4 es más propenso a causar problemas con el manejo de bolo y tragar, provocando así más síntomas significativos para la madre y el o la niña (Coryllos, Watson y Salloum, 2004).

Signos y síntomas

La presentación sintomática de la anquiloglosia puede ser extensamente variada, incluyendo a su vez signos y síntomas tanto en el niño o la niña como en la madre (Coryllos, Watson y Salloum, 2004).

En el caso de la madre se puede presentar:

- Dolor de pezón y/o erosión.
- Dolor en los senos.
- Bajo abastecimiento de leche.
- Conductos obstruidos.
- Mastitis.
- Frustración, decepción y desánimo con la lactancia materna.

- Destete inoportuno.
- En el niño o niña se incluye los siguientes síntomas:
- Agarre y succión pobre.
- Chasquido mientras amamanta.
- Transferencia de leche inefectiva.
- Ganancia de peso inadecuada o pérdida de peso.
- Irritabilidad o cólicos.
- Agitación y alejamiento frecuente de la mama.
- Fatiga con uno o dos minutos de amamantamiento.
- Dificultad estableciendo succión para mantener un agarre profundo sobre el seno.
- Deslizamiento gradual fuera del seno.
- Mordedura del pezón.
- Dormirse sobre el seno habiendo tomando menos de la alimentación óptima, demostrado por una prueba de peso en una escala digital (se toma el peso antes y después del amamantamiento sin cambio de ropa o pañal).

Causas

La anquiloglosia es una malformación congénita, es decir, que se presenta conforme se va desarrollando el feto en el útero (Corrêa, et al., 2008). Se sospecha que este padecimiento presenta factores genéticos asociados, ya que la anquiloglosia es frecuentemente familiar (Coryllos, Watson y Salloum, 2004).

Tratamiento

Existen dos tipos de tratamiento para la anquiloglosia el conservador y el quirúrgico, y este se escoge dependiendo del criterio médico y de la etapa en que se encuentre el o la niña, además de las dificultades que éste padecimiento acarrea para el correcto desarrollo del niño o niña.

Para algunos especialistas el tratamiento conservador de la anquiloglosia puede ser suficiente, sin necesidad de intervención más allá de la lactancia materna asistida, educación de los padres y reafirmación. En algunos casos, con el crecimiento normal de la lengua, el frenillo puede corregirse espontáneamente o bien el niño o la niña realiza movimientos “compensatorios” de las articulaciones fonéticas (movimientos articulatorios) (ABM, 2004 y De la Teja, et al., 2011).

Hay suficientes evidencias de que los problemas del habla se relacionan en su mayoría con los movimientos inadecuados de la lengua o la imposibilidad de estos

como en el caso de la anquiloglosia, pero una buena habla es aún posible en la presencia de esta condición en forma significativa y los problemas del habla pueden ser superados sin frenectomía, y sí con una terapia fonoaudiológica (Corrêa et al., 2008). El tratamiento más común de la anquiloglosia es un procedimiento llamado frenotomía, frenulectomía o frenectomía que utiliza tijeras quirúrgicas o un láser para dividir la membrana y liberar la lengua, utilizando benzocaína como anestésico (West, 2011). "Para la realización del procedimiento quirúrgico se recomienda que coincida con el periodo de amamantamiento del recién nacido o al inicio de la edad escolar, concomitantemente con la alfabetización del niño o la niña" (Corrêa et al., 2008, p. 3).

Este procedimiento ambulatorio, lo puede realizar cualquier médico general o especialista en Pediatría que conozca del procedimiento. Si se realiza luego de los 3 meses o se clasifica como grado 3 y 4 se recomienda la cirugía por parte de un cirujano pediatra, el uso de anestesia local y el seguimiento posterior. La realización de este procedimiento no contraindica el amamantamiento posterior a la misma.

Seguimiento

Se requiere el seguimiento del niño, niña y su madre para garantizar el correcto acoplamiento y una lactancia materna exitosa posterior a la decisión del manejo conservador o quirúrgico.

Complicaciones

La anquiloglosia puede generar alteraciones anatómicas y funcionales en otras estructuras de la boca del niño o la niña, y a medida que el niño o la niña va creciendo puede favorecer e incrementar la prevalencia de maloclusión dental y en casos graves prognatismo, provocando la necesidad de ortodoncia, dificultad en el habla (puede causar errores en la articulación y afectar la expresión de consonantes alveolo-linguales y dento-linguales como la "t", "d", "l", "n" y "r"; porque la pronunciación de éstas requiere oposición de la lengua contra el alveolo o paladar)., limpieza de los dientes con la lengua, lamer los labios, el tragar pastillas, comer conos de helado, besar y tocar instrumentos de viento (pudiendo implicar problemas sociales (West, 2011 y Corrêa et al., 2008).

Equipo para realizar frenectomía

Imagen 19. Técnica y equipo que se requiere para realizar una frenectomía durante el amamantamiento

Prevención

Esta condición es imposible de prevenir ya que esta proviene desde el nacimiento al ser una malformación congénita, lo que si puede ser evitable son los padecimiento maternos que puede acarrear la madre durante el proceso de amamantamiento como la son la mastitis y los conductos obstruidos.

8.2 Alergia a la proteína de leche de vaca

Definición

Miquel y Arancibia (2012) definen la alergia alimentaria como una reacción adversa la cual se produce ante la exposición con un alimento; ésta es reproducible y mediada por una respuesta inmune específica que puede incluir o no anticuerpos tipo IgE u otros mecanismos mixtos, siendo la alergia alimentaria a la proteína de leche de vaca (APLV) la más frecuente durante el primer año de vida.

Causas

Esta alergia se presenta como una respuesta inflamatoria la cual se produce cuando algunas proteínas presentes en la leche de vaca son excretadas en la leche materna e ingeridas por el niño o niña (cuando son alimentados y alimentadas con lactancia materna exclusiva), de acuerdo a lo descrito por la ABM (2012) o en su defecto, cuando éstas proteínas son ingeridas por medio de las fórmulas preparadas a base de leche de vaca.

La ABM (2011) menciona que esta reacción normalmente se observa en las primeras semanas, aunque se han registrado casos de lactantes con este tipo de respuestas adversas incluso desde el primer día de vida, lo que parece sugerir una previa sensibilización durante el embarazo, dado que los antígenos alimentarios poseen la capacidad de atravesar la barrera placentaria, permitiendo que el feto los ingiera por medio del líquido amniótico.

Diagnóstico

Para poder llegar a un correcto diagnóstico, Miquel y Arancibia (2012) recomiendan realizar un examen físico exhaustivo, además de una historia clínica completa donde se tome especial atención en los siguientes aspectos:

- Edad de inicio.
- Tipo y frecuencia de los síntomas.
- Tiempo entre la ingesta y el inicio de los síntomas.
- Detalles del tipo de alimentación (leche materna o fórmula).. Los síntomas que se presentan varían de acuerdo al tipo de alimentación, como se detalla más adelante.
- Antecedentes atópicos personales y familiares. Se ha visto una relación importante entre el desarrollo de este tipo de alergia y el factor hereditario, siendo el fenotipo materno el más fuertemente asociado con la alteración, de acuerdo a lo descrito por Orsi et al. (2009).

La ABM (2011) recomienda la evaluación endoscópica sólo en casos severos y prolongados donde no hay una respuesta aun cuando se han realizado las modificaciones de la dieta.

Signos y síntomas

La reacción alérgica ante la proteína de leche de vaca se manifiesta por medio de ciertos síntomas, los cuales varían de acuerdo al tipo de reacción inmunológica involucrada y la sensibilidad que presente la persona afectada frente al antígeno, pero, en general, se expresa en órganos del tracto respiratorio (20-30%), la piel (50-60%) y principalmente el aparato digestivo (50-60), donde los síntomas se manifiestan de forma más clara; pudiendo afectar varios de estos órganos durante una misma reacción (Miquel y Arancibia, 2012).

Bousoño et al (2007) refieren que algunas personas con alergia a la proteína de leche de vaca, presentan reacciones tardías, las cuales son mediadas por células, por lo que los síntomas se presentan desde horas hasta varios días después de haber ingerido las proteínas de leche de vaca. Sin embargo, pueden presentarse reacciones inmediatas, mediadas por IgE, y de estas, Miquel y Arancibia (2012) mencionan las más comunes y sus síntomas, de acuerdo al sistema afectado:

- Reacciones gastrointestinales.
- Síndrome de alergia oral (prurito o sensación de hormigueo en boca, labios y garganta).
- Alergia gastrointestinal inmediata: caracterizada por vómitos. Aunado a esto, la ABM (2011), aunque menciona algunos de los síntomas descritos por Miquel y Arancibia, señala la proctocolitis alérgica como la principal manifestación de la APLV en los niños y niñas menores de 1 año, y cuyo síntoma principal es la hematoquecia, que normalmente es leve:

  La proctocolitis alérgica en el bebé amamantado es un trastorno de hipersensibilidad de la porción distal del intestino grueso mediado celularmente, caracterizado por edema de la mucosa, erosiones epiteliales focales e infiltración eosinofílica del epitelio y la lámina propia. El síntoma gastrointestinal más frecuente es el desarrollo de hematoquecia (AMB, 2011).
  - Reacciones dermatológicas
  - Eritema.
  - Angioedema.
  - Urticaria.
  - Reacciones respiratorias
  - Asma.
  - Rinitis secundaria a la ingestión o inhalación de leche de vaca.
  - Broncoespasmos.

Clasificación de la severidad

Tanto la AMB (2011) como Miquel y Arancibia (2012), coinciden en que, para realizar un abordaje terapéutico, es necesario considerar tanto el tipo de alimentación que el niño o niña ingiere, así como la severidad de la alergia. En este tipo de reacción la presentación clínica varía desde las formas leves y moderadas a casos severos, lo que determina el manejo sugerido a cada paciente. La atención clínica dependerá de la forma de presentación (leve, moderada o severa) y del tipo de alimentación (leche materna o fórmula).

Es a partir de lo anterior que Miquel y Arancibia (2012) realizan una clasificación de la APLV, basada en los signos y síntomas que presente el niño o la niña afectado o afectada, la cual se ha desarrollado tomando en consideración si el niño o niña es alimentado ya sea con lactancia materna exclusiva o fórmula, esto con el fin de diagnosticar y abordarles de la mejor manera.

Niños y niñas alimentados (as) con lactancia materna exclusiva

Miquel y Arancibia (2012) indican que la sospecha de APLV se cataloga de leve o moderada si la persona presenta uno o más de los siguientes síntomas:

- Gastrointestinal
- Vómitos
- Diarrea
- Rectorragia
- Hematoquecia
- Regurgitaciones frecuentes
- Constipación (con o sin eritema perianal)
- Piel
- Dermatitis atópica
- Otras
- Irritabilidad
- Cólico abdominal (definido como dolor, quejido e irritabilidad por lo menos 3 horas al día, 3 días de la semana en un período mayor de 3 semanas).

De igual manera, las autoras clasifican la sospecha de APLV severa cuando la persona presenta uno o más de los siguientes síntomas.

- Gastrointestinal

- Mal incremento pondoestatural (por diarrea, regurgitaciones o vómitos)
- Rechazo alimentario
- Rectorragia con baja en la hemoglobina y/o enteropatía perdedora de proteína
- Piel
- Dermatitis atópica severa asociada a mal incremento pondoestatural.

Niños y niñas alimentados (as) con fórmula

En cuanto a los niños y niñas alimentados con fórmula, Miquel y Arancibia (2012) señalan la sospecha de APLV leve o moderada cuando se presenta alguno (os) de los siguientes síntomas:

- Gastrointestinal
- Vómitos.
- Diarrea.
- Rectorragia.
- Regurgitaciones frecuentes.
- Constipación (con o sin eritema perianal)..
- Piel
- Dermatitis atópica.
- Respiratorio
- Rinitis.
- Tos crónica.
- Sibilancias no asociadas a infecciones.

Las autoras indican que se debe sospechar de APLV severa cuando el niño o niña presenta alguno(os) de los siguientes síntomas:

- Mal incremento pondoestatural (por diarrea, regurgitaciones o vómitos).
- Rechazo alimentario.
- Anemia ferropriva secundaria a sangrado digestivo macro o microscópico.
- Enteropatía perdedora de proteína (hipoalbuminemia) y enteropatía o colitis alérgica severa, confirmada por endoscopía e histología.
- Dermatitis atópica severa con hipoalbuminemia, anemia y mal incremento ponderal.
- Edema laríngeo agudo u obstrucción bronquial.
- Shock anafiláctico.

Tratamiento

De acuerdo a la ABM (2011) para tratar la APLV en los niños y niñas que reciben lactancia materna exclusiva, normalmente basta con excluir de la dieta de la madre el agente causal, con lo cual se esperaría la desaparición de los síntomas en un periodo de 72 a 96 horas, aunque en algunos casos, se ha requerido la restricción alimentaria hasta por 2 a 4 semanas antes de que se observe una mejoría.

Cuando un niño amamantado exclusivamente con leche materna, presenta evidencia clínica de colitis alérgica, la primera línea de tratamiento es la dieta materna de eliminación, consistente en evitar los alimentos que contienen el alérgeno más probable: proteínas de leche de vaca (ABM, 2011).

Orsi et al. (2009) propone que si el niño o niña con APLV es alimentado(a) con fórmula, se debe indicar una que contenga proteína de suero, caseína u otras altamente hidrolizadas, o basada en aminoácidos, por un periodo de 2 a 4 semanas, y de haber mejoría, se realiza una contraprueba.

Tanto Orsi et al. (2009) como Miquel y Arancibia (2012) reiteran la importancia de referir al niño o niña con el gastroenterólogo pediátrico en los casos severos o aun en los leves, si los síntomas persisten aun después de realizar los cambios en la dieta.

Seguimiento

Todo niño o niña con el diagnóstico de alergia a la proteína de leche de vaca debe ser diagnosticado y darse seguimiento en la Consulta Externa de Pediatría, según la Red de Servicios, en conjunto con al Clónica de Lactancia Materna y Desarrollo correspondiente. Para poder confirmar realmente un diagnóstico de APLV, Miquel y Arancibia (2012) indican la necesidad dar un seguimiento que involucre la realización de una contraprueba, en la cual se reintroducen lácteos en la dieta de la madre (o utilizar fórmula regular en el caso que el bebé sea alimentado por este medio) durante una semana, y de no haber reaparición de los síntomas, se descartaría el diagnóstico de APLV. Si por el contrario, los síntomas reaparecen, las autoras recomiendan las siguientes medidas:

- En niños y niñas que reciben lactancia materna exclusiva, debe eliminarse los lácteos de la dieta de la madre de forma definitiva durante el periodo de lactancia, y ésta además debe recibir consejería nutricional.
- En los casos donde el niño o niña reciba alimentación por medio de fórmula, se debe utilizar una fórmula láctea altamente hidrolizada.

- En los casos con sospecha de APLV severa, la contraprueba debe ser realizada bajo estricta observación médica.
- Aunado a esto, se debe educar a la madre acerca de las medidas necesarias para inicial un adecuado periodo de ablactación, en el cual se debe tener especial atención de evitar alimentos que contengan proteínas lácteas hasta los 12 meses de edad, y con un mínimo de 6 meses una vez establecido el diagnóstico.

Complicaciones

Diversos autores explican algunas de las complicaciones que se pueden presentar debido a este tipo de reacción alérgica a la proteína de leche de vaca, tanto en el tiempo inmediato, como en el mediano y largo plazo. Miquel y Arancibia (2012) explican la reacción inmediata más severa, la cual puede tener un desenlace fatal si no se brinda una atención adecuada e inmediata, la anafilaxia.

La anafilaxia, se produce minutos hasta dos horas post exposición al alérgeno. Se caracteriza por compromiso súbito de piel y/o mucosas, con uno o más síntomas respiratorios (disnea, broncoespasmo, estridor, hipoxemia), además síntomas cardiovasculares (hipotensión, sincope), síntomas gastrointestinales (vómitos, cólicos) y shock (Miquel y Arancibia, 2012).

Entre las complicaciones que pueden generarse a mediano o largo plazo se encuentran las mencionadas por la ABM (2011) tales como la anemia, hipoalbuminemia e incluso el retraso en el crecimiento, como consecuencia de la pérdida constante de sangre, aun en pequeñas cantidades.

Prevención

Hasta el momento son pocas las medidas que se conoce para prevenir el desarrollo de esta reacción alérgica, sin embargo, todos los autores y autoras consultados coinciden en la importancia de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, ya que hay suficiente evidencia científica que muestra una relación positiva entre ésta práctica y un menor número de casos de niños y niñas con la alteración, además de que, en caso de presentarse, desarrollan síntomas notablemente más leves.

Los lactantes alimentados con leche humana parecen presentar una incidencia menor de reacciones alérgicas a las proteínas de la leche de vaca, que aquellos alimentados con fórmulas artificiales elaboradas con leche de vaca puede atribuirse al

nivel relativamente bajo de proteínas de leche de vaca excretadas en la leche humana, a las sustancias inmunomoduladoras presentes en la leche humana y/o a las diferencias en la flora intestinal entre los lactantes amamantados y los lactantes alimentados con leche artificial (AMB, 2011).

Esto reafirma la necesidad de promover y educar a las madres acerca de la importancia que tiene el brindar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, como una medida de protección que le va a facilitar una mejor salud y calidad de vida al niño o niña.

CONTACTO PARA CONSULTAS

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Área de Atención Integral a las Personas. Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña. Email: rmoyav@ccss.sa.cr con copia a amatas@ccss.sa.cr o Tel: 22228948.

ANEXOS

Anexo 1
Aval de Gerencia Médica

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

29 de marzo de 2016
GM-MDD-9461-16

Doctor
Raúl Sánchez Alfaro
Director Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

ASUNTO: AVAL FINAL AL MANUAL TÉCNICO PATOLOGÍAS MAMARIAS Y ASOCIADAS AL NIÑO Y NIÑA DURANTE EL PROCESO DE LACTANCIA MATERNA, OFICIO DDSS-0093-16.

Estimado doctor:

En atención a lo requerido mediante oficio mencionado en el asunto, le informo que este Despacho avala el documento denominado *"Manual Técnico patologías mamarias y asociadas al niño y niña durante el proceso de lactancia materna"*.

No omito manifestar que este Despacho agradece el trabajo realizado y la calidad del mismo, considerando que este documento representa un insumo valioso para la población costarricense, especialmente los niños, las niñas y sus madres.

Por lo anterior se le instruye para que realice las gestiones pertinentes a fin de que este documento se haga del conocimiento de todo el personal de los establecimientos de salud de la institución, para su debida aplicación según corresponda.

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

Dra. María Eugenia Villalta Bonilla
GERENTE

MEVB/VAG/Kattia

C: Dr. Hugo Chacón Ramírez, Jefe Área de Atención Integral a las Personas
Archivo (Ref.: DDSS-0093-16)
1505002299

REFENCIAS

Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR). (s.f.). ¿Qué es el cáncer? En: http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/es_cancer_fs.pdf

Aguayo, J. et al. (2000). Lactancia Materna. Suplemento. En: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/lme.pdf

Amaya, J. (2011). Capítulo 17. Puerperio y Lactancia Materna. En Obstetricia Integral Siglo XXI (314-334). Colombia: Ediciones Universidad Nacional de Colombia.

Arora, S., Vatsa, M., & Dadhwal, V. (2008). A Comparison of Cabbage Leaves vs. Hot and Cold Compresses in the Treatment of Breast Engorgement. Indian Journal of Community Medicine : Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 33(3), 160–162. doi:10.4103/0970-0218.42053

Asociación Alba Lactancia Materna. (AALM). (2008). Pezones planos o invertidos. Barcelona, España. En: http://mimosytta.files.wordpress.com/2008/07/pezones-planos-o-invertidos.pdf

Asociación Alba Lactancia Materna. (AALM). (2009). Punto blanco o perla de leche. En: http://albalactanciamaterna.org/lactancia/punto-blanco-o-perla-de-leche

Asociación Española de Pediatría. (AEP). (2012). Preguntas frecuentes sobre lactancia materna. En: http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/preguntas-frecuentes-sobre-lactancia-materna#t48n143

Association of Breastfeeding Medicine. (2004). Protocol # 11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. Estados Unidos. En: http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/ankyloglossia.pdf

Association of Breastfeeding Medicine. (ABM). (2008). Protocolo Clínico de la ABM #4: Mastitis. Revisión, mayo de 2008. Breastfeeding Medicine, 3(3), Mary Ann Liebert, Inc. En: www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/VERSION FINAL PROTOCOLO 4_Spanish.pdf

Association of Breastfeeding Medicine. (2011). Protocolo Clínico de la ABM #9: Uso de galactogogos para iniciar o aumentar la tasa de secreción de leche materna. Breastfeeding Medicine, 6(1). En: http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Spanish%20Protocol%20Galactogogues%20and%20Appendix.pdf

Association of Breastfeeding Medicine. (2011). Protocolo Clínico de la ABM #24: Proctocolitis Alérgica en el Lactante Exclusivamente Amamantado. Breastfeeding Medicine, 6(6). En: http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/VERSIONES%20FINALES%20PROTOCOLO%2024_Spanish.pdf

Barrett, M. E. et al. (2013) Raynaud Phenomenon of the Nipple in Breastfeeding Mothers: An Underdiagnosed Cause of Nipple Pain, JAMA Dermatol;149(3). pp. 300-306.

Berens, P. et al. (2009). Protocolo Clínico de la ABM #20: Congestión Mamaria.

Breastfeeding Medicine (2009). En: http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/VERSION%20FINAL%20PROTOCOLO%2020_Spanish.pdf

Bousoño, C. et al. (2007). Manifestaciones gastrointestinales de alergia alimentaria. Boletín de Pediatría, 47(1). pp. 228-236. En: http://www.sccalp.org/documents/0000/0213/BolPediatr2007_47_228-236.pdf

Breastfeeding Basics. (2013). Flat or inverted nipples. En: http://www.breastfeedingbasics.com/articles/flat-or-inverted-nipples

Breastfeeding Problems. (2013). Blister Milk. En: http://www.breastfeeding-problems.com/milk-blister.html

Caja Costarricense del Seguro Social. (2012). Manual Implementación Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo. Escenario hospitalario. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Área de Atención Integral a las Personas. San José, Costa Rica.

Cerezo, E., Cano, J. y Escario, F. (1996). Principios básicos físicos y técnicos de la ecografía diagnóstica. Cuadernos de Ecografía. Madrid, España: Encuentros Profesionales, S.L. En: http://www.seeco.es/docum/PRINCIPIOS%20BASICOS.pdf

Comisión Nacional de Lactancia Materna. (2010). Lactancia Materna. Ministerio de Salud de Chile. Recuperado de http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2004). Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la Asociación Española de Pediatría Nº 5. En: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP. pdf

Corrêa, M. et al. (2008). Anquiloglosia: ¿Cuándo intervenir? Revisión y reporte de caso. Caracas, Venezuela. En: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art17.asp

Coryllos, E., Watson, C. y Salloum A. (2004). Breastfeeding: Best for Baby and Mother. Washington, United States of America. En: http://www2.aap.org/breastfeeding/files/pdf/bbm-8-27%20Newsletter.pdf

De la Teja, E. et al. (2011). Frenillo lingual corto o anquiloglosia. En: http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/Noviembre-Diciembre2011/Acta%206.11%20Frenillo.pdf

Delgado, S. et al. (2009). Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). Acta Pediátrica Española, 67(2). pp. 77-84. En: www.gastroinf.com/SecciNutri/Febrero_09.pdf

Feidhmeannacht na Seirbhíse Sláite Health Service Executive. (2008). Nipple Pain. Breastfeeding Information for GPs and Pharmacists. República de Irlanda. En: http://www.breastfeeding.ie/uploads/files/factsheet05.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2011). Análisis del Módulo de Lactancia Materna. En: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/LAC_informe_lactancia_12122011.pdf

Formulario Terapéutico Institucional para el Primer Nivel de Atención. (2008).. 25 Años de Políticas de Medicamentos Esenciales en la CCSS.

Guía de Lactancia Materna. (2011). Obstrucción mamaria. En: http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/dificultades-mama/dolor-en-el-pecho/obstruccion-mamaria/

Guía de Lactancia Materna. (2011). Perla de leche. En: http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/dificultades-mama/dolor-en-el-pezon/perla-de-leche/

Guía de Lactancia Materna. (2011). Problemas de producción de leche. En: http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/dificultades-mama/problemas-de-produccion-de-leche/

Hale, T. (2012). Medications and Mothers' Milk: A Manual of Lactational Pharmacology. (15th ed.). U.S.A.: Hale Publishing.

Hernández, M. et al. (2008). Lactancia materna dolorosa: estrategias de tratamiento para el pediatra. Nutrición Infantil. En: https://docs.google.com/viewer?a=vypid=sitesysrcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnx4ZXJyYWRlc2NhYTIwMTF8Z3g6MjI0ZjRlYjUyM2Q5MzhkMQ

Herrero, H. (2008). Propuesta de abordaje dolor y lesiones en los pezones y mama. Medicina Natural, 2(3). pp. 200-210. En: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2666008

Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). (2009). V Congreso Español de Lactancia Materna. En: http://www.ihan.es/publicaciones/congresos/V_CLM_2009.pdf

Instituto Científico y Tecnológico de la Universidad de Navarra. (2000). Diccionario Espasa de Medicina. Madrid, España: Espasa Calpe S.A.

Jiménez et al. (2009). Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (II). Acta Pediátrica Española. 67(3): 77-84.

Kaiser Permanente. (2007). ¿Cómo tratar los conductos obstruidos y las infecciones de mamas? Chicago, Estados Unidos. En: http://www.permanente.net/homepage/kaiser/pdf/7214.pdf

Liga de la Leche Internacional (LLI). (2001). El arte femenino de amamantar. Distrito Federal, México: Editorial Pax. En: http://books.google.co.cr/books?id=7LOXIzPTH18Cypg=PA96ydq=conductos+obstruidos+lactanciayhl=esysa=Xyei=-1cNUb6RD8jpqAHQ_4HwCgyved=0CDAQ6AEwAQ#v=onepageyq=conductos%20obstruidos%20lactanciayf=false

Larrondo, R., González, A. y Hernández, L. (2001). Micosis superficiales. Candidiasis y pitiriasis versicolor. Revista Cubana de Medicina General Integral, 17(6). En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0864-21252001000600010

Lawrence, R. y Lawrence, R. (2005). Breastfeeding: A guide for the medical profession. (6th ed.). Elsevier Mosby.

Leroux, M. (2010). Fenómeno de Raynaud en los pezones. Rev. Dermatol Venez, Vol. 48. En: http://svdcd.org.ve/revista/2010/7_fenomeno_raynaud.pdf

Lisa, H. (2014). ABM Clinical Protocol #4: Mastitis. Breastfeeding Medicine Volume 9, Number 5.

Macías, S., Rodríguez, S. y Ronayne, P. (2006). Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. Archivos Argentinos de Pediatría, 104(5). pp. 423-430. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752006000500008yscript=sci_arttextytlng=pt

Mangesi, L., & Dowswell, T. (2010). Treatments for breast engorgement during lactation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (9), CD006946. doi:1

Mason, R. et al. (2010). Murray y Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. Philadelphia, USA: Saunders.

Miquel, I. y Arancibia, E. (2012). Alergia a la proteína de leche de vaca en el menor de un año. Revista Chilena de Pediatría, 83(1). pp. 78-83. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000100010yscript=sci_arttext

Ministerio de Salud. (s.f.). Unidad de Comunicación y Educación para la Salud. Lactancia Materna: un acto de amor. En:

https://www.google.co.cr/url?sa=tyrct=jyq=yesrc=sysource=webycd=3ycad=rjaysqi=2yved=0CEAQFjACyurl=http%3A%2F%2Fwww.ministeriodesalud.go.cr%2Findex.php%2Finicio-menu-principal-centro-de-informacion-ms%2Finicio-menu-principal-centro-informacion-material-educativo-ms%2Fdoc_download%2F78-lactancia-maternayei=VKA3UfzfPJPY9QSRzoHYCwyusg=AFQjCNH39UbSyyUBIdEuJ7AVjFC8Hr9bGQysig2=8rGk6GcKg6oN48Hd8poi3Aybvm=bv.43287494,d.eWU

Mohrbacher, H. y Stock, J. (2002). Lactancia Materna: Libro de Respuesta. La Liga de la Leche Internacional (LLI).

Moraes, M. et al. (2011). Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria. Archivos de Pediatría del Uruguay. pp. 10-17.

Newman, J. (2009). Sore Nipples. International Breastfeeding Centre. En: http://www.nbci.ca/index.php?option=com_contentyview=articleyid=48:sore-nipplesycatid=5:informationyItemid=17

Norma Nacional de Lactancia Materna. (2009). Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa de Salud de la Niñez. Uruguay. En: http://www.msp. gub.uy/uc_3184_1.html

Oltra, E. et al. (2007). Suturas y cirugía menor para profesionales de enfermería. (2º. ed.) Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Orduna, A. (s.f.). Soluciones a problemas durante la lactancia. Zaragoza, España. En: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/SOLUCIONES%20A%20PROBLEMAS%20DURANTE%20LA%20LACTANCIA%20.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2000). Mastitis, causas y manejo. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Ginebra, 2000. En: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2013). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Lactancia materna. En: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/index.html

Orsi, M. et al. (2009). Alergia a la proteína de la leche de vaca. Propuesta de Guía para el manejo de los niños con alergia a la proteína de la leche de vaca. Archivos Argentinos de Pediatría, 107(5). pp. 459-470. En: http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v107n5/v107n5a16.pdf

Pappas, P. et al. (2009). Clinical Practice Guidelines for the Management of Candidiasis: Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases 48. pp. 503-535. En: http://www.uphs.upenn.edu/bugdrug/antibiotic_manual/idsacandidiasisrx2009.pdf

Quian, J., Muxí, C. y Castro, M. (2009). Norma Nacional de Lactancia Materna. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. En: http://www.sguruguay.org/documentos/guias-msp/msp-pnsn-norma-nacional-lactancia-materna.pdf

Rozas, R. (2006). Problemas tempranos en las mamas durante la lactancia. Medidas de prevención y tratamiento. Matronas Prof. 2006; 7(4). pp. 25-27. En: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32947/1/576318.pdf

Sánchez, M. y Ramos, E. (2002). Hemorragia digestiva baja: protocolo diagnóstico-terapéutico. Asociación Española de Pediatría, 57. pp. 466-479. En: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v57n05a13038440pdf001.pdf

Schellhorn, C. y Valdés, V. (2010). Lactancia Materna. En: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf

Schmieg, S. (2011). Candidiasis de pezones. Guía de Lactancia Materna. En: http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/dificultades-mama/dolor-en-el-pezon/candidiasis-de-pezones/

Torok, K. (2010). ¿Cómo prevenir la congestión mamaria? MEDELA En: www.medelabreastfeedingus.com/attachment/download/308

Torres, M. y Dionicia, M. (s.f.). Malformaciones congénitas en recién nacidos vivos: Morbimortalidad en el Honadomani San Bartolomé. San Bartolomé, Perú. En: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/masgo_tm/intro.pdf

Venes, D. (2009). Taber's Cyclopedic Medical Dictionary. (21º ed.). Philadelphia, United States. F.A. Davis Company.

West, D., (2011). Tongue-Tie and the Breastfed Baby. En: http://nurturedchild.ca/wp-content/uploads/2012/11/Tongue-tie-and-the-breastfed-baby.pdf