

Organizan:

Unidad Académica

Ginecotológica B

Prof. Dr. Francisco Coppola

Unidad Académica de

Neonatología

Prof. Dra. Fernanda Blasina

Unidad Académica de

Partería y Obstetricia

Prof. Agda Eliana Martínez

Coordinan:

Asist. Dra. Juliana Barquet

Prof. Adj. Romina Ferreira

Prof. Agda. Marianela

Rodríguez

Facilitadora : Jefa de

Residentes Valeria Correa



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



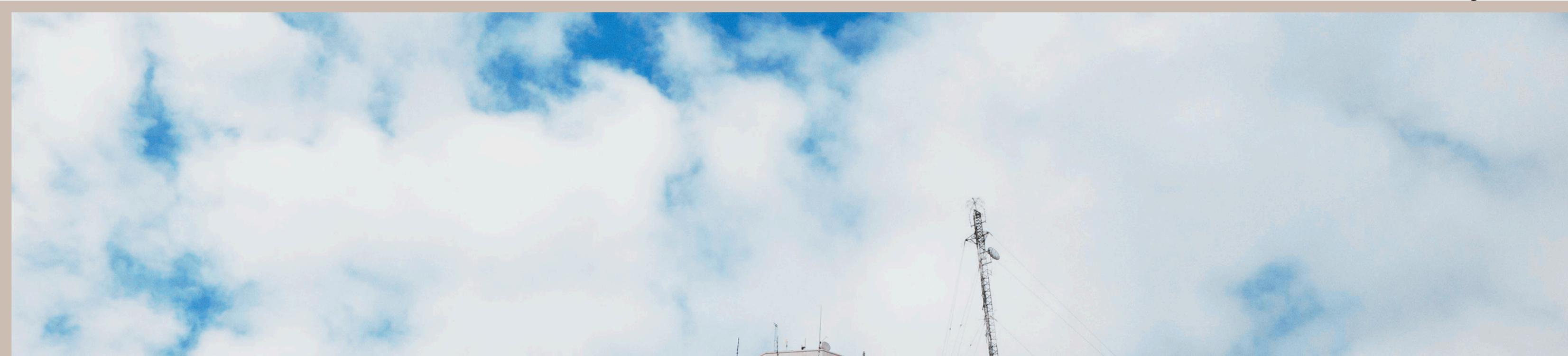
CURSO de LACTANCIA y LECHE HUMANA para POSGRADOS

Expositores: Florencia Boubeta, Juliana Barquet, Fernanda Blasina, Paola Britos, Katia Caviglia, Romina Ferreira, Marianela Rodríguez, Carolina De León, José Luis Díaz Rosselló, Pamela López, Alba Negrín, Claudio Rodríguez, Florencia Sena, María Noel Silvareño, Stephanie Viroga.

Herramientas para las principales dificultades en la Lactancia Materna.

Asist. OP Florencia Sena

Asist. OP Katia Caviglia



OBJETIVOS DEL ENCUENTRO:



- Incorporar elementos de asesoramiento y acompañamiento para prevenir las principales dificultades en la Lactancia Materna.
- Realizar diagnóstico de las principales dificultades en relación a la Lactancia Materna.
- Adquirir herramientas para la resolución de dichas dificultades.

¿Qué les genera esta imagen con relación a la Lactancia Materna?

Abordar la lactancia como artesanos, articulando la práctica y la teoría para construir planes a medida para cada mujer y familia.

Promover la lactancia desde una mirada integral, con un enfoque colaborativo.



¿Cómo favorecer la instalación de la lactancia materna?

- 1 *La mejor intervención es observar y facilitar.*
- 2 *Amamantamiento dirigido por el lactante: la búsqueda del pecho de forma natural, la mamá acompañará pero no lo empujará, permitirá que la búsqueda sea espontánea. Esto favorece la liberación de oxitocina.*
- 3 *Observación de madre-bebé amantando: bajar las luces, reducir los ruidos, movernos de forma lenta y el silencio es clave. Permitir el proceso de acomodación de ambos cuerpos, el bebe busca el pecho y la mama facilita el encuentro: “ritmo bebé”.*

¿Cómo favorecer la instalación de la lactancia materna?

- 1 *La mejor intervención es observar y facilitar...
No imponer!*

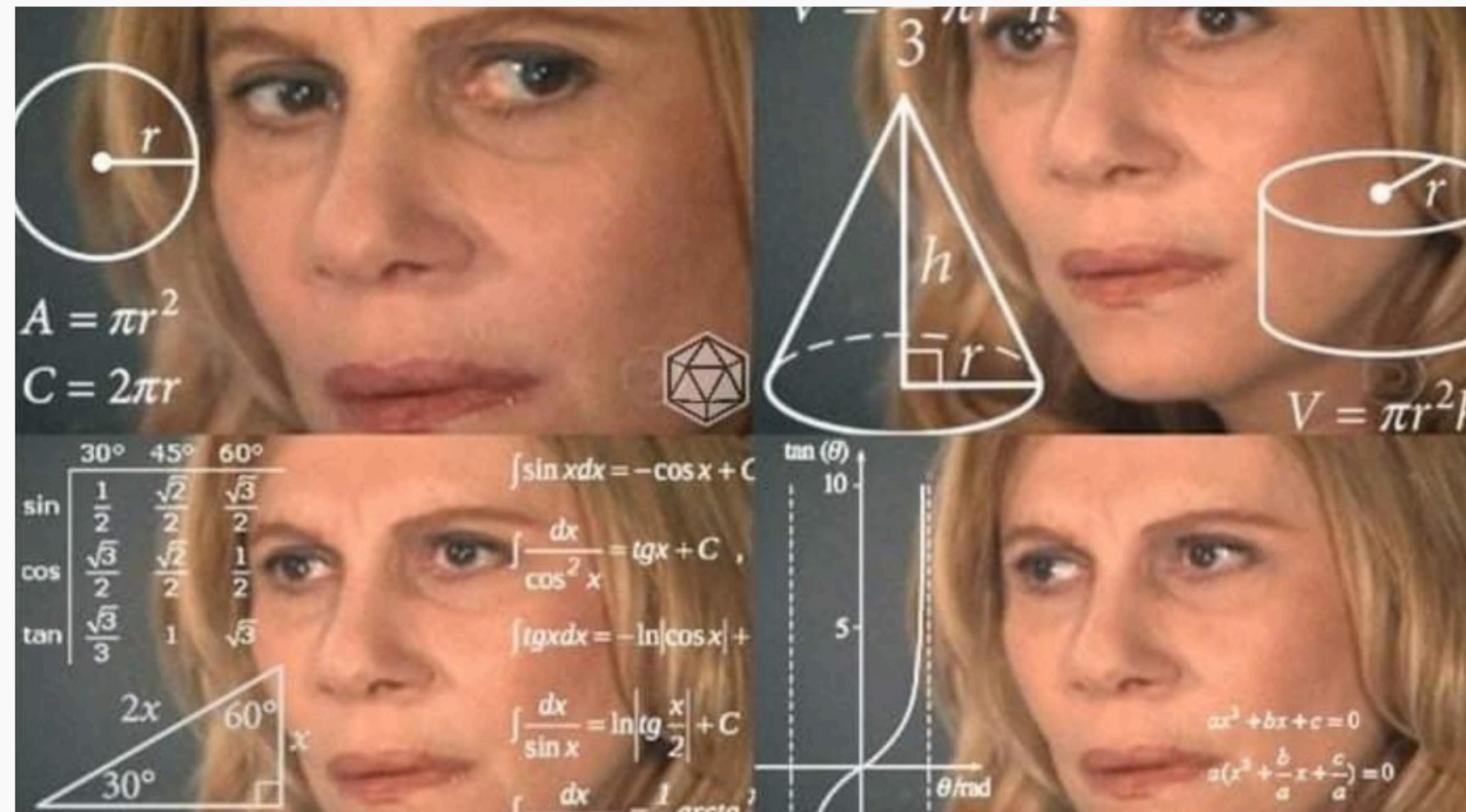
**No es solo una forma de
amamantar,
sino una forma de dejar a al bebé
en su hábitat.
N.Bergman**



MOSTRAR - REPLICAR - GUIAR.

- 1 Partir de la observación, valoración, presunción diagnóstica y la elaboración de un plan de trabajo.*
- 2 Priorizar la reconducción verbal y la mínima intervención posible.*

Contacto piel con piel + Libre demanda + acompañamiento =



PLAN DE ABORDAJE:

SUCCIÓN DEL PECHO Y RITMO DE LA LACTADA.

POSICIONES PARA AMAMANTAR

TRANSFERENCIA DE LECHE.

BÚSQUEDA Y ACOPLA AL PECHO EN INTERACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DEL SENO MATERNO.

FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LAS TOMAS.

DISPONIBILIDAD MATERNA Y COMPORTAMIENTO DEL BEBÉ.



POSICIONES PARA AMAMANTAR:

1

Facilitar la relajación, enseñando una postura óptima y ergonómica.

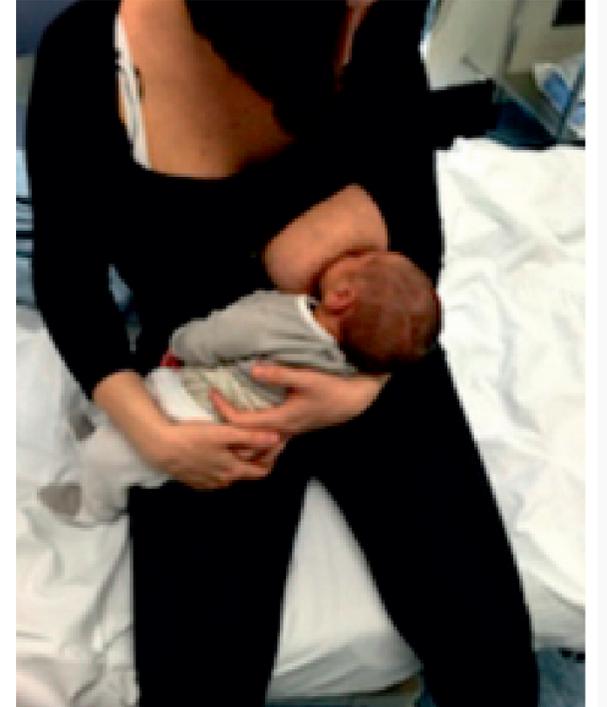
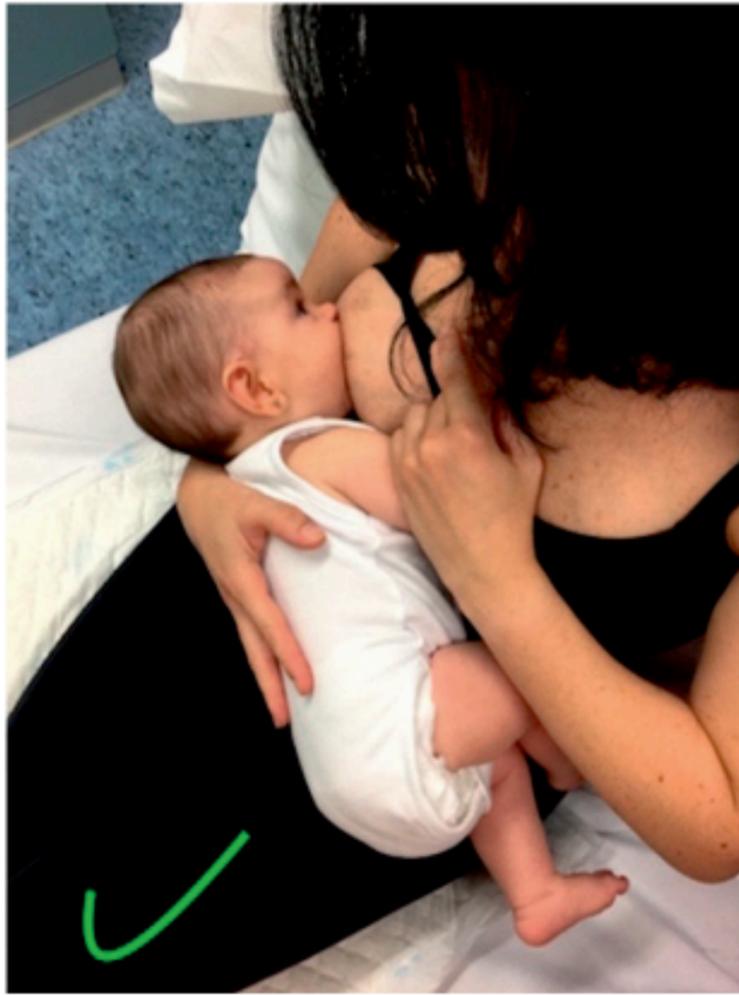
2

La estabilidad de la línea media, ya que la estabilidad de la cabeza, cuello y estructuras orales depende de la cintura escapular y la misma del tronco y la pelvis.

3

Elementos para recomendar una posición:

- la ubicación del pezón en la mama.
- el tamaño de la mama.
- Y si existiera dolor materno u otro factor.



POSICIÓN DE CUNA



ACOSTADA



BALÓN DE FÚTBOL



CABALLITO





ACOPLE CORRECTO



- Prácticas que favorecen el acople en la madre:
- Posiciones que favorecen la estabilidad y maximizan el agarre.
- Evitar el lavado de las mamas para mantener el estímulo olfativo.
- Estimular la protrusión del pezón plano o invertido, con masajes, extractora, formador de pezón.
- Favorecer la flexibilidad de la piel con masajes.
- Hacer presión inversa suave.
- Sacar gotas para estimular que se prenda.

ACOUPLE CORRECTO

¿Qué observar?

- Labios: Si hay tensión, frenillos labiales, hábitos succionadores prenatales, dolor, simetría, ampolla en el labio superior producto de la tensión. Si están evertidos.
- Lengua: Movilidad, elevación, lateralización, extensión y peristaltismo. El frenillo lingual.
- Mejillas: Si estaban redondas, sin la presencia de hoyuelos.
- Reflejos: de búsqueda, o nauseosos, o de succión.
- Acople: Si es asimétrico.



TEST DE LA LENGUITA

Es un examen estandarizado que posibilita el diagnóstico e indica el tratamiento precoz de las limitaciones de los movimientos de la lengua, causadas por el frenillo lingual, los cuales pueden comprometer las funciones de esta: succionar, deglutir, masticar y hablar.



TRANSFERENCIA DE LECHE

¿Qué observar a los bebés?

- Patrón de succión, deglución y respiración constante y rítmico, con pausas periódicas para el descanso.
- Deglución audible.
- Brazos y manos relajadas.
- El bebé suelta el pecho cuando está saciado.
- Boca humedecida.

¿Qué observar en las madres?

- Ablandamiento progresivo de la mama.
- Relajación o somnolencia.
- Sed.
- Contracciones uterinas (entuerros) o aumento del flujo de loquios durante o tras la toma al pecho.
- Secreción o salida de leche del otro pecho durante la toma de lactancia.
- El pezón queda con forma elongada y redondeado, pero no aplastado, de color rosado, no erosionado, tras la toma.

Guía de Práctica Clínica del Perinatal Services (Canadá) de enero de 2013: Health Promotion Guideline Breastfeeding Healthy Term Infants.



FRECUENCIA Y TIEMPO

Frecuencia adecuada + acompañando las señales de hambre + saciedad del bebé = libre demanda.

- Estimula el número y la sensibilidad de los receptores de prolactina.
- La duración de la toma (asegurando el vaciado de las mamas) aumenta el nivel de prolactina luego de la lactada.
- El tiempo de vaciado gástrico, cuando el lactante toma leche materna, es de aproximadamente una hora y media, por lo tanto las tomas frecuentes son comunes.

Lactadas efectivas:

- Entre 8 a 12 veces al día o más.
- No hará lactadas excesivamente largas.
- Soltará solo el pecho.
- “Coma lácteo”.

Tiempo en el pecho:

Tener en cuenta la demora en provocar un REL.

Cuando un bebé aumenta poco de peso es porque se le limita la toma, sin tener en cuenta el reflejo de eyección en esa mujer.

Lactadas muy prolongadas pueden indicar un mal acople, succión débil, bebés dormidos, dificultad en la eyección de leche, entre otros.

La lactancia no se exige, sino se ofrece, y la madre recibe las señales de un bebé satisfecho, que come, duerme y además aumenta de peso.



IMPORTANTE...



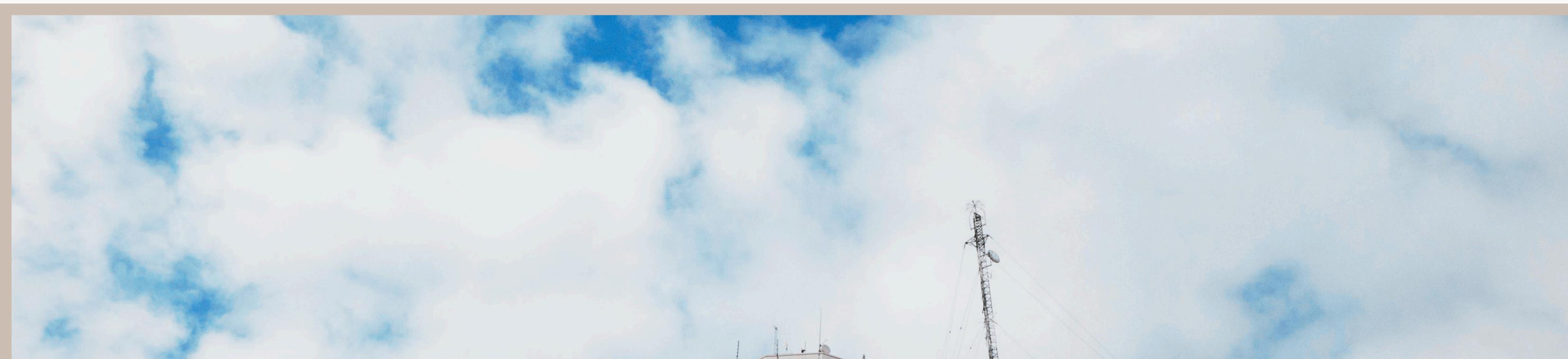
Conocer las historias de nacimiento, cirugías mamarias existentes, funcionamiento hormonal, uso de medicamentos en el embarazo y nacimiento.

Evaluar las posiciones usadas hasta el momento.

OBSERVAR UNA LACTADA COMPLETA

Dificultades frecuentes

- **En la madre**
- **En el recién nacido**



MADRE:

- *Preparación previa*
- *Expectativas*
- *Disponibilidad*
- *Función del órgano*
- *Enfermedades maternas*
- *Puesta en práctica de la lactancia*
- *Historias referidas a su sexualidad*



DOLOR EN LA LACTANCIA

Dolor crónico e inclasificable: dolor asociado a la LM durante más de 2 semanas.

Las causas más frecuentes en el dolor crónico son:

- Prendida inadecuada persistente.
- Lesiones profundas de piel y pezones.
- Candidiasis refractaria al tratamiento.
- Mastitis y síndrome de Raynaud.

Edith Kernemann ha denominado “**síndrome de compresión mamaria**” (Oppressive Mammary Syndrome) a aquellos dolores crónicos que no calman con fármacos habituales y son de difícil explicación.

Ella propone que son causados por tensión muscular de la madre y estrés, agotamiento y prendidas dolorosas del bebé.

Intensa tensión muscular anticipada a la succión $\xrightarrow{\text{SOON}}$ escurrimiento o inflamación de los vasos sanguíneos torácicos $\xrightarrow{\text{SOON}}$ hipoflujo e hipoxia = dolor lacerante o urente, profundo, intermitente o constante que pueden llegar al pezón y tejido mamario.

DOLOR EN LOS PEZONES:

- La causa más común es la posición y el agarre utilizado en la técnica de la lactancia.
- Paladar hendido o alto
- Anquiloglosia
- Exceso de presión en la extracción o copa inadecuada.
- Uso de cremas, jabones o productos que humedecen la zona.
- Fuentes infecciosas: eccemas, vasoespasmo, síndrome Raynaud.

¿Cómo realizamos una correcta valoración?

Anamnesis detallada:

- Antecedentes personales, lactancias anteriores, embarazo, parto, inicio de la lactancia, evolución de la sintomatología, aparición, etc.
- Cómo es el dolor (sensación de mordisco, ardor, pinchazos).
- Cuándo se produce el dolor:
 - Entre las tomas: continuo o alterno.
 - Durante las tomas: al inicio, durante toda la toma, al final de la misma.
 - Aumento de la sensación dolorosa con el frío





Exploración de la madre:	Se ve la lesión: - Herida (punta o base del pezón). - Perla de leche.	Dolor difuso en el pezón y/o la areola.
Cambio en la forma de tras la toma.	<p style="text-align: center;">Herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar un buen acople y posición. • Evitar lavado excesivo del pezón y sólo con agua. • Realizar masaje previo y extraer un poco antes de la toma. • Dejar secar al aire luego de la toma. • Técnica de "compresión mamaria" para acortar la toma. 	
Exploración del l		
Observación de una toma:	Postura binomio. Acceso al pecho, estabilidad corporal del bebé, libertad de movimientos del bebé, comodidad de la madre	Agarre: indoloro, asimétrico, profundo. - Signos de succión efectiva.





DOLOR EN LA LACTANCIA

¡Hasta el dolor más leve podría generar lesión !

Se recomienda valorar la posición y el acople. IDENTIFICAR LA CAUSA

Aplicar leche materna sobre el pezón después de la toma, y dejar secar al aire, no colocar protectores mamarios ni NADA QUE SE PEGUE A LA PIEL

Comenzar amamantar por el lado menos doloroso

Estimular el reflejo de eyección de la leche previo a la toma, con masaje suave o paños agua tibia

Rotar las posiciones en cada toma

Extracción manual de la leche en caso de congestión mamaria para facilitar el acople

Verificar el uso apropiado de extractor de leche, ya que su uso inadecuado puede generar lesiones y dolor

Lesión profunda o dolor insoportable suspender Lactancia 24 hs. Realizar extracción manual. Seguimiento y acople directo en cuanto sane.

GRIETAS LINEALES



TECNICA INCORRECTA

Causado por Acople superficial.
Revisar Ángulo de apertura bucal,
Eversión de labios y
Acople asimétrico

HERIDAS EN BASE



TECNOLOGIAS TIRONEAMIENTO DIENTES

Revisar necesidad y talle de copas.
Revisar cavidad bucal del RN
Corregir tecnica

PUNTILLADO ROJO



SUCCION VIGOROSA

Comenzar lactada precozmente.
Se puede utilizar intermedio al inicio de la toma

AMPOLLAS EN PUNTA DE PEZON



ANQUILOGLOSIA

Revisar Ángulo de apertura bucal, Eversión de labios y Acople asimétrico
Madre y RN muy pegados, buscar alineación oreja-hombro-cadera.
Favorecido por postura de agarre biológico, y agarre palmar del pecho

PEZÓN CON ZONAS BLANCAS



SÍNDROME DE RAYNAUD

Aparece con el ambiente frío, en reposo o post toma, doloroso.
Succión desorganizada o anquiloglosia.
Mejorar acople y aplicar calor local.

Pezones planos y/o invertidos

- Contacto precoz piel con piel.
- Evitar el uso de tetinas y/o chupetes que puedan provocar confusión al bebé.
- El pezón invertido o fijo muestra inversión cuando se aplica una presión suave.
- Colocar al bebé en una posición que facilite un agarre profundo del pecho.
- La madre puede estimular y dar forma al pezón antes de la lactancia materna mediante el estímulo del mismo, uso de la extracción manual de calostro o uso de un sacaleches.
- Apuntando el pezón hacia el paladar del bebé, acercar al bebé introduciendo el pecho en su boca, sujetándolo por detrás de la areola.
- Una vez el niño se ha agarrado, mantener la sujeción hasta que haya succionado un par de veces y se haya creado el vacío suficiente y el pecho no se escape.



CONGESTIÓN E INGURGITACIÓN.

- Procesos fisiológicos.
- Se origina por el aumento de leche, paso del calostro a la leche de transición, ocurre los primeros días.
- Las mamas pueden notarse duras, dolorosas, hinchadas y sensibles.
- Mayor tensión mamaria
- Sensación febril – Dolor en la espalda
- Es un signo de producción pero no de volumen de leche
- Se caracteriza por ser bilateral, piel brillante cede a las 24 hs.

Manejo:

Objetivo: aliviar la presión y mantener el flujo de leche.

- Lactancia frecuente con buen acople (extracción solo si no prende RN sin sobre estimular)
- Masajes y Calor local previo a la toma, compresas frías posterior.
- Buen descanso e hidratación.



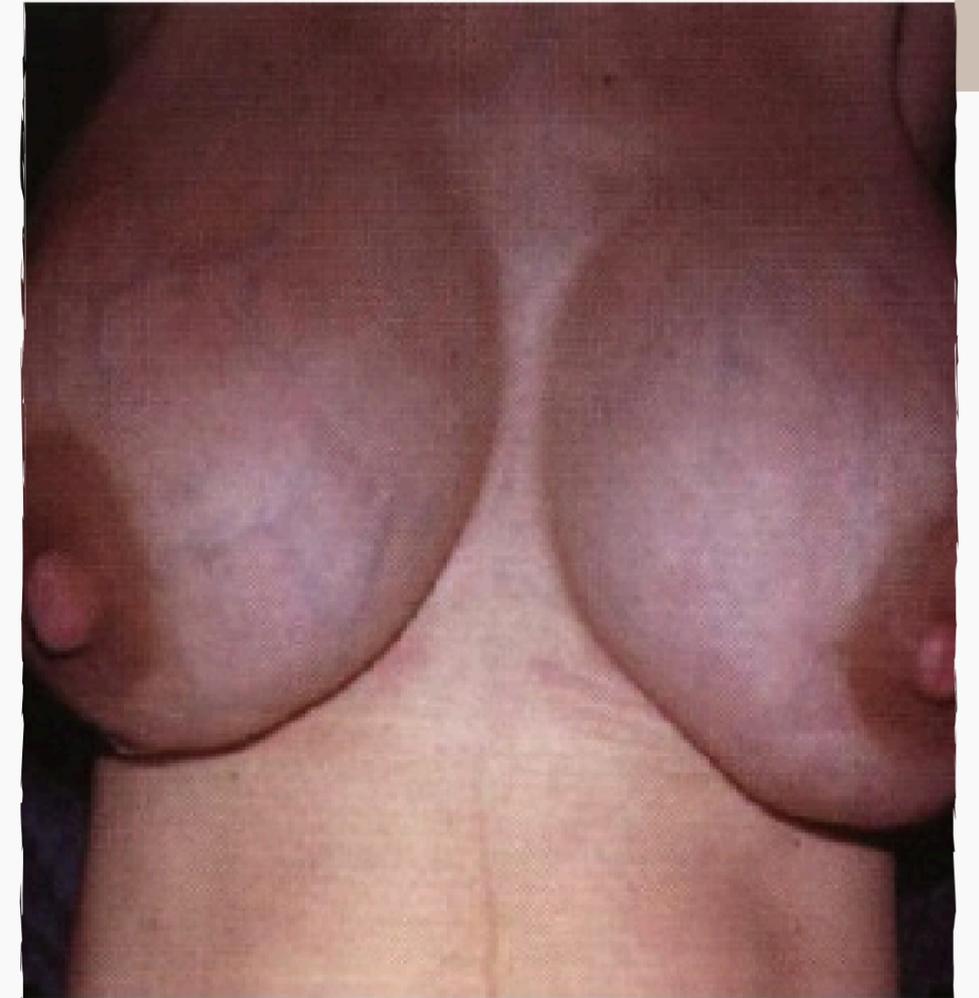
CONGESTIÓN E INGURGITACIÓN.

- La piel se enrojece y se pone tensa, frecuentemente aumenta de temperatura.
- Su tamaño crece, lo que hace que el pezón quede más plano y pierda elasticidad, siendo más difícil para que el RN se prenda correctamente.

Dos componentes:

- Leche acumulada en los conductos.
- inflamación y edema en el espacio intersticial.

Puede producir la “fiebre de leche” por ruptura de los conductos y extravasación de la leche actuando como agente extraño y generando inflamación.



CONGESTIÓN E INGURGITACIÓN.

¿Cómo la prevenimos?

Contacto piel con piel precoz, priorizando las primeras 2 horas.

Libre demanda.

Buena posición y agarre para lograr un buen vaciado del pecho.

No ofrecer chupetes ni biberones.

Cuando ya existe ¿Cómo mejoramos la sintomatología?

- Realizar el correcto vaciamiento de los pechos por parte del bebé.
- Extraer leche lo suficiente para aliviar la tensión.
- Puede hacerse después de la toma o entre ellas.
- En caso del pezón muy tenso y dificultad en el acople utilizar compresas tibias, ducha caliente o masajes.
- Entre tomas se puede utilizar frío seco para aliviar la inflamación en la zona axilar y torácica evitando la areola y el pezón.
- En caso de inflamación en la zona de la areola, sería difícil el acople del bebé al pecho y el calor y la extracción serán contraproducentes será necesario realizar una presión inversa suavizante.
- Toma de antiinflamatorios
- Aplicación de tratamientos fríos tras la toma (packs de gel, packs fríos u hojas frías de repollo).

TECNICA DE PRESIÓN INVERSA SUAVIZANTE



¿Cuándo?

- Inmediatamente antes de poner al bebé al pecho o realizar ordeño
- Presión debe ser suave pero firme por 60 seg. durante 10 a 20 min

HIPOGALACTEA.

Menos del 10% de las mamás padecen hipogalactea real.

Se define como la escasa producción láctea que no permite un suministro adecuado de leche al lactante para satisfacer sus necesidades nutricionales (de forma parcial o completa).

Sin embargo, ¿Cómo cuantificamos de forma objetiva lo producido por esa madre? y ¿de que este volumen de leche producido sea o no suficiente para alimentar a su hijo?

Se podría deber a la percepción errónea de la madre, inadecuada interpretación de los profesionales, una incorrecta técnica o conjunción de varios factores.

La hipogalactea puede clasificarse en:

- Primaria: causa materna (anatómica, funcional, hormonal o psicológica) se da desde el inicio.
- Secundaria: cuando corresponde a un mal manejo o algún problema relacionado con el bebé (relacionados con el nacimiento, patologías que limiten y/o dificulte la succión. Puede aparecer en cualquier momento de la lactancia.

HIPOGALACTEA.

¿Cómo hacemos un correcto diagnóstico?

Anamnesis:

Embarazo, parto y puerperio, antecedentes de desórdenes endocrinológicos, consumo de fármacos y sustancias psicoactivas, sobrepeso, obesidad y tabaquismo, cirugía mamaria, percepciones de la mamá de porque tiene baja producción, micciones y deposiciones del lactante y sueño.

Examen físico del lactante: Causas que alteren la succión y dificulten la técnica.

Dismorfias, alteraciones en el macizo facial, paladar, cavidad bucal, hipotonía, estado en general, examen cardiovascular y respiratorio, estado nutricional.

HIPOGALACTEA.

Examinar las mamas:

Mamas y complejo areola-pezón

Posibles patologías sin diagnóstico (ej: Bocio).

Valorar una lactada completa:

Técnica, signos de transferencia de leche, duración, actitud del bebé ante la toma, presencia de dolor u otra dificultad.

HIPOGALACTEA.

Puerperio Inmediato

Madre

Ausencia de percepción de bajada de la leche (la bajada de la leche debe ocurrir independientemente de si el bebé succiona o no hacia las 72h).

Peso de RN

**Bajada de más del 8% del peso al nacer
No recuperación del peso al nacer antes de los 20 días.
Aumento menor de 20g día durante las primeras 6 semanas.**

Micciones y deposiciones

**No más de 4 al día.
Menos de 4 al día y de color oscura/verdosa luego de los 6 días
Mal estado general**

Examen físico del RN

**Elementos de desnutrición
Elementos de deshidratación
Tono muscular**

HIPOGALACTEA.

Luego del periodo neonatal:

Curva ponderal

Lactadas y extracción

Estancada o con tendencia a cruce de carril hacia la derecha.

**Tomas sistemáticamente muy largas.
No se consigue extracción de leche por varios días a pesar de plan de extracción.**

HIPOGALACTEA.

Etiología:

Preglandular: disminución de las hormonas hipofisarias que mantienen la lactancia.

Nutricionales: desnutrición severa.

Durante la pubertad debido a desórdenes alimentarios o restricciones muy severas pueden llevar a escaso desarrollo de la glándula mamaria y por consiguiente una hipogalactia posterior.

Obesidad: Se observa un retraso en la lactogenesis II asociándose a una menor concentración de prolactina basal y post lactada.

Hormonal:

Disminución de la secreción de prolactina: Retención placentaria, síndrome de Sheehan, fármacos (alcaloides del ergot, estrógenos, anticolinérgicos, uso prolongado de diuréticos, gonadotropinas, prostaglandinas durante la primera semana posparto), tabaquismo, marihuana.

Diabetes Mellitus: multifactorial. Retraso de la Lactogenesis II.

Disminución de la secreción de oxitocina: Alcohol, estrés manterno, fatiga, depresión, drogas.

Otras alteraciones hormonales: disfunción tiroidea (la presencia de T3 es necesaria que la GM responda a la prolactina), SOP (produce un escaso o nulo desarrollo de la glándula mamaria durante la gestación, además se asocia con obesidad, DM).

HIPOGALACTEA.

Glandular o anatomía:

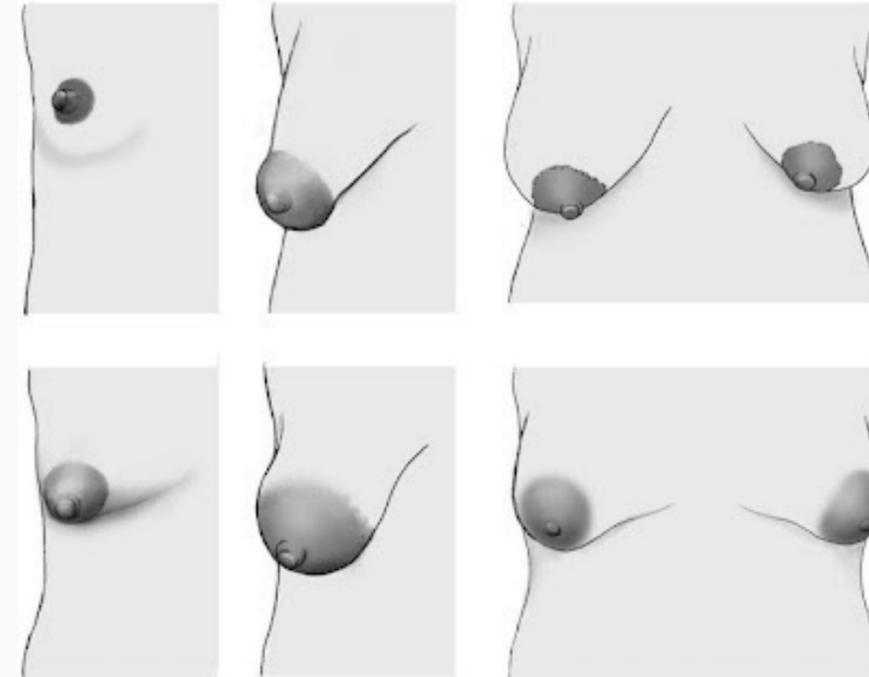
- Hipoplasia mamaria: desarrollo inadecuado e insuficiente del tejido mamario en respuesta a las hormonas de la gestación, puede ser de causa congénita o adquirida.

Clínicamente: ambos pechos se encuentran muy separados entre sí, los pechos en forma de tubo, el pezón y la areola pueden verse engorsados.

Congénita: estímulo hormonal inadecuado en la etapa embrionaria, niñez o pubertad, alteraciones congénitas

Adquiridas: traumatismos, radiación, cicatrización, cirugías en mamas.

- Aplasia mamaria: No existe tejido glandular mamario, con amastia y/o amazia.



HIPOGALACTEA.

Postglandular: disminución de las hormonas hipofisarias por deficiencia en la retroalimentación por estímulo.

- Disminución o ausencia de estímulo.
- Estimulación inadecuada.
- Situaciones anatómicas del Bebé: anquiloglosia, retrognatia,
- Extracción débil o ineficiente: hipotonía, prematuridad, se acompañan de mala técnica.



HIPOGALACTEA.

Manejo y Tratamiento

1. Tratamiento de la patología de base o situación médica.
2. Estimulación de la lactancia materna y aumento de la producción.
3. Garantizar un adecuado aporte de leche al bebé.
4. Apoyo continuo a la mamá y familia.

MASTITIS

La mastitis es una enfermedad inflamatoria de la mama, en general asociada con la lactancia. Habitualmente se presenta entre la 2ª y la 3ª semana posparto, siendo las primeras 12 semanas el período de mayor incidencia (OMS, 2000).

Las causas principales de la mastitis son el **estasis lácteo**.

- Posicionamiento ineficaz (vaciamiento ineficaz) del bebé en el pecho.
- La alimentación limitada (horarios restringidos con las tomas) o cualquier otro motivo que provoque la estasis de la leche.
- Factores anatómicos: pezón plano o invertido, anquiloglosia, bebé hipotónico.

El estasis de la leche facilita la inflamación medida por citocinas, los niveles de interleucina-8 se elevan, las vías paracelulares entre las células secretoras se amplifican y sustancias como inmunoproteínas y sodio pasan del plasma a la leche generando inflamación por presión.

Etiología infecciosa:

Estasis láctea provoca una respuesta inflamatoria generando una disbiosis de la microbiota mamaria generando un aumento de la concentración de agentes patógenos por exclusión competitiva.

El SA y SA resistente a meticilina (methicillinresistant Staphylococcus aureus; MRSA, por sus siglas en inglés) son los responsables más habituales

Proceso inflamatorio + proceso infeccioso

Staphylococcus 75%
(Aureus)
Streptococcus 10- 15%
Enterobacterias y Corynebacterias
(E.Coli, Klebsiella) -3%
Candida -0,5%

Mastitis: presentación clínica.

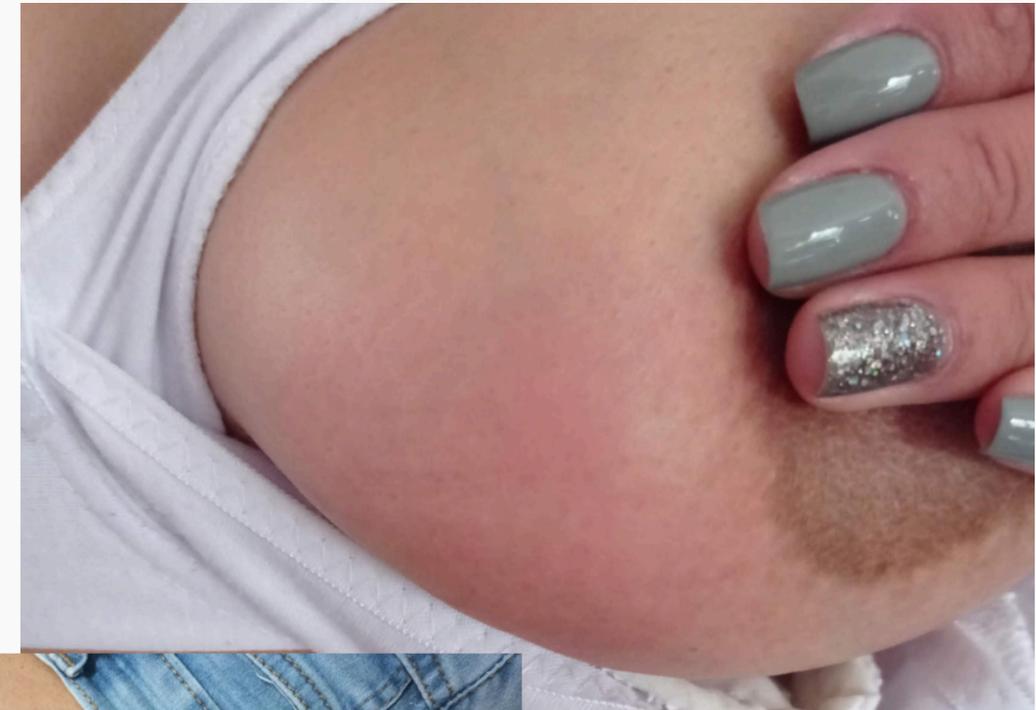
Dolor unilateral de mama



Inflamación

Hasta en 80% de los casos, hay dolorosas lesiones en el pezón (irritación, grietas)

Enrojecimiento (eritema)



Eritema unilateral, edema y sensibilidad de la mama afectada.

MASTITIS: ¿DIAGNÓSTICO PARACLÍNICO?

La Academy of Breastfeeding Medicine y la Organización Mundial de la Salud recomiendan realizar un cultivo de leche en caso de mala evolución tras dos días de antibioterapia correcta, en recidivas, en mastitis de origen nosocomial, en cuadros graves o en madres alérgicas a tratamientos habituales.

Es fundamental la identificación del germen causal de mastitis en madres de niños prematuros amamantados. En estos casos, se podría evaluar evitar la administración de la leche del pecho afecto hasta la negativización del cultivo.

Recuento leucocitario: permite diferenciar entre estasis de leche, mastitis no infecciosa e infecciosa.

Recuento de bacterias, cultivo y antibiograma: los resultados deben interpretarse dentro del contexto clínico. Si la concentración de bacterias supera la fisiológica, se consideran causales del cuadro. Es importante que la recogida de leche se haga siguiendo unas pautas bien definidas y que se analice en laboratorios apropiados.

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

ml: mililitros.

https://www.aeped.es/sites/default/files/mastitis_puesta_al_dia.pdf

Staphylococcus 75%
(Aureus)
Streptococcus 10- 15%
Enterobacterias y Corynebacterias
(E.Coli, Klebsiella) -3%
Candida -0,5%

TRATAMIENTO:

OBJETIVOS:

Drenar la mama, calmar el dolor y mantener la lactancia.

1 Vaciado de la mama: frecuencia de las tomas en el pecho afectado, situando la barbilla del bebé en dirección a la obstrucción; acompañado de masaje y, si fuera necesario, extracción de leche.

2 Reposo e ingestión hídrica, así como la aplicación de calor local previo a la toma y de frío a posteriori. Para la OMS, será esencial también el apoyo psicológico a la mujer, reafirmando el valor de la lactancia para superar las dificultades actuales.

3 Realizar analgesicos, ibuprofeno es seguro en la lactancia. En caso de pasadas las 48h y no mejoría con las medidas iniciales se pasará a un tratamiento antibiotico empirico.

SAMR-C: Staphylococcus aureus resistente a meticilina comunitario
SAMS: Staphylococcus aureus sensible a la meticilina

No se ha demostrado que un bebé sano de termino corra riesgo.

En caso de preterminos, inmunodeficiencia o Staphylococcus Aureus Meticilino-Resistente Comunitario continuar con extracción y valorar la pasteurización.

SAMS	SAMR-C	Hospitalización	Casos graves
Cefradina 500mg v/o c/6h por 7-10 días.	Trimetoprim sulfametoxazol 160/800 mg c/12h	Clindamicina 300mg i/v c/12h.	Vancomicina i/v 15-20mg/kg c/12h.
Amoxicilina clavulanico 875/125 mg c/ 8h	Clindamicina 300 mg c/ 6-8h	Trimetoprim sulfametoxazo I 160/800 mg c/12h	

Mastitis: Complicaciones.

Absceso: 0,5 a 11%.



Interrupción de la lactancia

Recidiva

Por un tratamiento inapropiado o de corta duración. Puede desarrollarse una mastitis recurrente o crónica.

Entre un 4-8% de recurrencia.

Staphylococcus aureus resistente a la meticilina es la principal causa.

El tratamiento consiste en intensificar la antibioterapia y extraer el contenido purulento por aspiración con aguja o drenaje.

El 80% presentan lesiones en el pezón.

Mastitis: Por Candida.

La incidencia es muy baja

Los principales factores de riesgo son:

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

Síntomas:

- Dolor punzante muy intenso durante y tras las tomas, que se irradia por la mama y la espalda, puede aparecer prurito.
- El pezón puede estar levemente enrojecido y sensible con el tacto

Tratamiento:

Nnistatina, miconazol o clotrimazol aplicada sobre el pezón y la areola 4 veces al día durante 7-10 días y antiinflamatorios orales.

En casos confirmados refractarios al tratamiento tópico, se puede emplear fluconazol oral (200-400 mg el primer día, seguido de 100-200 mg/día durante 2-4 semanas), terbinafina o itraconazol.



Situaciones del RN que dificultan el inicio de la lactancia

Hipoglicemia neonatal:

Transitoria, fisiológica



En los RN a término, sanos, la recuperación de los niveles de glucosa no va a depender directamente de la ingesta.

Hay que valorar cuales son las intervenciones que retradan la lactogénesis II.

Las estrategias para mejorar esto son: piel con piel, inicio de la lactancia en la 1er hora de vida, alojamiento conjunto, libre demanda.

Situaciones del RN que dificultan el inicio de la lactancia

Ictericia

- En la primer semana en el 60% en los RN a término y 80% en los pretérmino.
- Resolución hasta en 10 días y 15 días respectivamente.

Existe una fuerte relación entre la frecuencia de alimentación y menor incidencia de hiperbilirrubinemia.

Es importante el reconocimiento temprano del lactante amamantado con mala ingesta o subóptima.



Enfermedades no transmisibles y lactancia

Enfermedades cardiovasculares

Cáncer

Enfermedades respiratorias crónicas

Diabetes

Obesidad

Algunas de estas retrasan fisiológicamente la lactogénesis II.

La lactancia se considera un factor protector.

CONCLUSIONES

- Apoyos reales
- Romper con mitos existentes
- Favorecer e impulsar la libre demanda
- Identificar señales tempranas (hambre, saciedad, necesidades de confort, de cercanía)
- Realizar planes a corto, mediano y largo plazo
- Seguimiento estrecho del binomio
- Referencia y contrarreferencia
- Enfoque multidisciplinario
- Grupos de apoyo comunitarios

NO FORZAR NI CULPABILIZAR



Bibliografía:

Cabo Córdoba, E., D'Acosta Castillo, L., Delmo Sosa, M., Hermida Calleros, N., & Mogni Graña, A. (Eds.). (Año de publicación). Manual de lactancia materna para profesionales de la salud. Bibliomédica Ediciones.

,
Actualización de la clasificación y manejo de mastitis, Dra. María del Sol Osejo Rodríguez; Dra. Alejandra Maya Cancino, Dra. Nicole Brenes Mesequer. Revista Médica Sinergia Vol.5 (6), Junio 2020 - ISSN:2215 - 4523 /e - ISSN:2215 -5279

Mastitis. Puesta al día Mastitis Dra. Blanca Espínola-Docioa,b, Dra. Marta Costa-Romeroa,c, Dra. N. Marta Díaz-Gómez,d y Dr. José M. Paricio-Talayeroe, 2016.

Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna Evidencia científica. FAME. ISBN 978-84-944111-4-4 DL B 6465-2016 Barcelona 2016.

Protocolo Mastitis Puerperal Clinic barcelona. Disponible en:

<https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/mastitis-aguda.pdf>

DUDAS Y PREGUNTAS

Gracias por su Atención