

11.

Los problemas del pecho

Ascensión Gómez López y Malena Sánchez Terrer

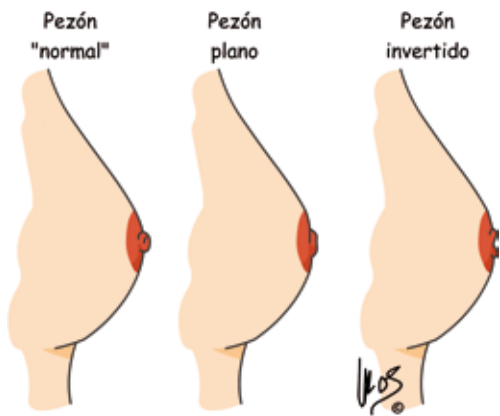
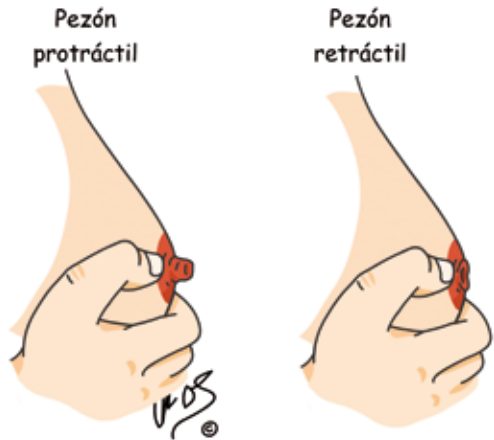


Durante la lactancia, y especialmente al principio, el pecho de la madre lactante puede sufrir diversos afecciones. Las afecciones de la mama pueden presentarse con dolor, multitud de dudas, e incluso de soledad e incomprensión. Los problemas del pecho durante la lactancia son temporales y tienen solución con un asesoramiento adecuado (con un profesional especializado en lactancia materna).

Pezones planos y pezones invertidos

El pezón es la parte de la mama que le indica al bebé por dónde sale la leche, lo que le facilita el trabajo a la hora de ir a agarrarse a nuestro pecho, pues ya tiene la señalización hecha. Lo que realmente importa no es la forma del pezón, sino su capacidad de salir hacia fuera al estimularlos (protactilidad)

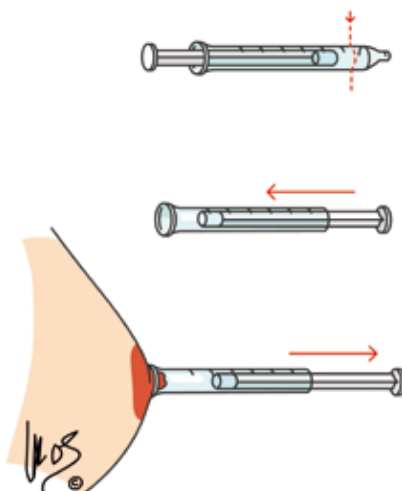
En condiciones normales, los pezones planos no sobresalen hacia fuera y los invertidos están hundidos en el interior de la areola, pero puede ser que sí salgan al estimularlos. Ninguno de estos casos incapacita para dar de mamar, ni tienen por qué ser motivo de abandono, aunque pueden hacer del inicio de la lactancia algo problemático si el agarre es dificultoso, se producen grietas o aparece un rechazo del pecho.



Las mujeres con pezones planos o invertidos no tienen que hacer nada durante el embarazo para prepararlos para la lactancia (ni sacárselos, ni estimularlos ni echarles ningún tipo de crema), pero deberán buscar información y apoyo para el inicio de la misma.

Recomendaciones:

- Estimula el pezón antes de ofrecer el pecho (Maniobras de Hoffman, ver anexo I y técnica de la jeringuilla).
- Si es muy dificultoso se puede utilizar un sacaleches durante unos segundos justo antes de la toma, para extraer el pezón hacia fuera.



Técnica de la jeringuilla para extraer el pezón

- Iniciar el amamantamiento sobre el pezón invertido (si es uno) ya que al principio la succión es más intensa y le ayudará a sacarlo mejor.
- Prueba con diferentes posturas para ver cuál os va mejor y facilita el agarre.
- Si a pesar de lo anterior el bebé no se engancha, pueden extraerte la leche y dársela con métodos alternativos a la tetina (jeringuilla, cucharita, vasito, cuentagotas, etc.). No te desanimes y vuelve a intentar que se enganche posteriormente. La ayuda de un profesional especializado en lactancia materna puede resultarte útil.

Pezones largos y pezones demasiado grandes

Con los pezones demasiado largos tendrás que buscar la postura que más facilite el agarre de tu bebé, y una vez que se haya enganchado comprueba que su nariz y su barbilla rozan tu pecho y prueba a abrirle más la boca presionando su mentón con tu dedo índice o pulgar,

para que de este modo coja no sólo el pezón sino también parte de la areola.

Los pezones demasiado grandes son algunas veces los más problemáticos, dado que la solución viene cuando el bebé crece y con ello crece también su boca.

Recomendaciones:

- Busca la postura que más facilite el agarre de tu bebé.
- Una vez enganchado comprueba que su nariz y su barbilla rozan tu pecho y ábrele más la boca presionando su mentón con tu dedo índice o pulgar.
- Si el enganche es doloroso y no se soluciona con la maniobra antes mencionada, prueba a darle forma al pezón con el sacaleches antes de iniciar la toma.
- Si esto tampoco funciona y sólo hasta que el bebé tenga la boca más grande, puedes probar con una pezonera de silicona ultrafina, tipo contact, de la talla L, por el tamaño de tu pezón. En el mercado existen pezoneras de este tipo de diversas tallas. Poco a poco intenta destetar de la pezonera. Ten en cuenta siempre, que el uso de la pezonera puede traer problemas añadidos, por lo que te la recomendamos sólo en caso de que no consigas tomas sin dolor de ninguna otra manera o el bebé no se enganche.

Dolor al amamantar

Muchas madres presentan dolor en el pezón al inicio de la lactancia. Este dolor puede ser “fisiológico”, transitorio, si se limita sólo al momento del agarre del bebé y cede conforme avanza la mamada. Esta molestia puede estar presente durante las primeras semanas de lactancia, hasta que la piel se acostumbra al nuevo estímulo y el reflejo de salida de la leche ya está maduro.

Sin embargo, si este dolor perdura durante toda la toma, puede ser debido a una mala posición del bebé (postura y/o agarre), a la reti-

rada incorrecta del niño, al uso de cremas irritantes, tetinas y chupetes, así como a otros problemas relacionados con dificultades en la succión (frenillo corto de la lengua o el labio, reflejo hipertónico de la mandíbula, micrognatia, etc.), infecciones o eccemas del pezón o la areola, Síndrome de Raynaud, etc. Hay que averiguar siempre por qué duele.

Grietas

Cuando el dolor se debe a una mala posición (que es la mayoría de los casos), y no se corrige a tiempo, pueden aparecer lesiones. A su vez, si las lesiones perduran en el tiempo, pueden sobreinfectarse.

Cómo prevenirlas:

- Asegurar la posición correcta del bebé al pecho y el agarre correcto.
- Evitar el uso de chupetes y tetinas.
- No lavar el pezón en cada toma.
- Airear el pecho.
- Evitar la humedad.
- Aplicar unas gotas de la leche materna sobre la zona del pezón tras la toma y dejar al aire.
- Hacer tomas frecuentes para que tanto tu bebé como tú interioricéis rápidamente la técnica de lactancia.

Cómo curarlas:

- Continuar con la lactancia materna.
- Corregir la técnica de lactancia y valorar la presencia de frenillo corto u otros problemas con la succión.
- Si la grieta aparece en la parte superior del pezón y es horizontal amamantar posicionando al bebé con los labios paralelos a la lesión. Si por el contrario, la grieta aparece en la punta y es vertical o en la parte inferior del pezón amamantar posicionando al bebé con la barbilla hacia el lado opuesto al habitual.

- Comenzar la toma por el pecho más sano y ya se haya producido el reflejo de subida de la leche cambiar al pecho más afectado.
- Si el dolor es muy intenso, sacarse leche con un sacaleches hasta que mejore la grieta durante 24 horas y amamantar al bebé del pecho más sano y/o dársela al bebé con métodos alternativos a la tetina si el dolor en los dos pechos es insoportable con la succión.
- Aplicar unas gotas de la propia leche tras la toma y cuando se seque, aplicar una pequeña cantidad de pomada de lanolina purificada (Lanolina 100%). No es necesario lavar el pecho antes de la siguiente toma si se aplica esta crema.
- Dejar la zona al aire el mayor tiempo posible.
- Si el roce con la ropa es muy molesto se pueden usar escudos aireadores.
- Si tras todo esto la grieta no ha mejorado en dos o tres días, valorar con un profesional experto en lactancia la aplicación de una pomada antibiótica y la necesidad de toma de muestras del pezón y de la leche, por si la grieta se ha sobreinfectado.

Ingurgitación

Ingurgitación mamaria significa “distensión” de la glándula mamaria en los primeros 2-4 días postparto, debido a la congestión y aumento de los vasos sanguíneos de la zona y al acúmulo de leche en los acinos mamarios, que se producen como respuesta fisiológica a las hormonas que se liberan tras el alumbramiento de la placenta.

Lo que diferencia la ingurgitación del fenómeno fisiológico de la subida de la leche, es el edema secundario a la hinchazón de la zona y consiguiente obstrucción del drenaje linfático de la mama que, en condiciones determinadas, pueden producir los dos fenómenos anteriores.

Esta afección se caracteriza por ser de inicio precoz y gradual, y por afectar a las dos mamas por igual. Tiene una duración media de unos diez a catorce días si se trata de manera adecuada, pudiendo evolucionar a una mastitis si no es así.

De manera esquemática, podemos resumir las diferencias entre la subida de la leche (fenómeno fisiológico) y la ingurgitación mamaria (fenómeno patológico), como vemos en la siguiente tabla:

SUBIDA DE LA LECHE (fenómeno fisiológico)	INGURGITACIÓN (fenómeno patológico)
Pechos calientes, pesados, duros, pezón normal	Pechos dolorosos, edematosos, tensos, brillantes, enrojecidos, pezón aplanado
La leche fluye	La leche no fluye. Bebé insatisfecho
Fácil succión y vaciamiento. Bebé satisfecho	Difícil agarre. Bebé insatisfecho
No hay fiebre	Puede haber febrícula o fiebre incipiente (< 38'5°C), sensación de malestar general no más de 24 horas

Si aparece una ingurgitación mamaria, es importante empezar el tratamiento lo antes posible, para evitar que se convierta en un problema mayor y para recuperar el confort lo antes posible.

La ingurgitación puede ser de varios tipos, según en qué zona de la mama se concentre el edema, y según el tipo de ingurgitación de que se trate tendremos que aplicar unas medidas u otras para aliviarla. Así distinguimos entre:

- **Ingurgitación Areolar:** La zona afectada es la cercana a la areola, que se edematiza, se enrojece y puede doler. El edema hace que el pezón se aplane, el agarre es dificultoso y muy doloroso, y los senos galactóforos no se vacían bien.
- **Ingurgitación Periférica:** la zona afectada es la más profunda del pecho, alrededor de los lóbulos mamarios y los conductos galactóforos, lo que impide la salida de la leche por la compresión de los conductos. Los pechos está muy inflamados, brillantes, enrojecidos o no, tensos, y hay dolor en todo el pecho que se puede extender hasta las axilas.

- Ingurgitación Mixta: Cuando la congestión afecta tanto a la areola como al resto de la mama.

El tratamiento principal de la ingurgitación mamaria es su PREVENCIÓN, siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Inicio precoz de la lactancia.
- Asegurar un buen agarre y detectar problemas de succión de forma precoz.
- Amamantar frecuentemente.
- Aumentar el número de tomas.
- Dejar que el bebé mame hasta que suelte el pezón.

Recomendaciones en caso de ingurgitación areolar:

- Realización de la técnica de Presión Inversa Suavizante. Ver anexo II.
- Tomas frecuentes.
- Revisar si la postura y el agarre de tu bebé son correctos.
- Coloca el pulgar y el índice de la mano con la que ofreces el pecho a tu bebé comprimiendo los bordes de la areola, para facilitarle el agarre (técnica del sandwich).
- Aplicar hojas de col o compresas frías en ambos pechos tras la toma.
- El sacaleches está contraindicado ya que puede aumentar el edema.

Recomendaciones en caso de ingurgitación periférica:

- Para estimular el reflejo de subida de la leche, puedes darte una ducha caliente (o intercalando agua caliente con agua fría) o un baño cortito e intentar extraer algo de leche bajo el agua; recibir un masaje en el cuello y la espalda, mediante círculos concéntricos a ambos lados de la columna vertebral con los pulgares y hacerte un masaje suave en el pecho, mediante círculos concéntricos con las yemas de los dedos alrededor de toda la mama; o proceder al bombeo mecánico breve antes de la toma.

- Observa que te pones al pecho a tu bebé con una técnica adecuada.
- Haz tomas frecuentes.
- Aplícate frío local tras la toma (hoja de col fría, hielo, compresas frías, etc.).
- Consulta a tu médico la posibilidad de tomar analgésicos y/o antiinflamatorios.
- Utiliza un sujetador de lactancia ajustable con tirantes anchos las 24 horas.

En la ingurgitación mixta tendrás que aplicar una mezcla de todas las recomendaciones que te hemos dado anteriormente, evitando el bombeo mecánico breve antes de la toma.

Obstrucción mamaria

Si aparece un bulto doloroso y enrojecido en un pecho, muy probablemente se haya producido la obstrucción de un conducto. Esto ocurre por un vaciado inadecuado de una zona de la mama (siempre amamantas en la misma postura) y se puede ver favorecido por un sujetador demasiado apretado o por la posición de tus dedos al ofrecer la mama (dedos en tijera presionando la areola). Las recomendaciones:

- Aumentar la frecuencia de las tomas, aplicando calor local antes de las mismas.
- Si hay mucho dolor, ofrecer primero el lado sano.
- Colocar al niño de forma que su lengua facilite el drenaje del conducto (la zona del pecho que mejor se vacía es la que queda donde está la barbilla).
- Durante la toma realizar un masaje suave de la zona afectada, moviendo el pulgar por encima del bulto, en dirección hacia el pezón, para garantizar un drenaje completo.
- Si el niño no vacía bien el pecho utilizar un sacaleches para terminar de extraer la leche del conducto obstruido.

- Aplicar frío local tras la toma (hojas de col, compresas frías, etc.).
- Utilizar un sujetador adecuado, que no comprima.
- Consultar con tu médico la conveniencia de tomar antiinflamatorios.

Perlas o cálculos de leche

En ocasiones puede aparecer un fuerte dolor durante la toma tras una etapa tranquila de la lactancia. Esto se acompaña con los síntomas claros de una obstrucción, pero con el dolor del pezón añadido, como si algo estuviera alojado en un conducto y no permitiera el paso de la leche. También es posible que el bebé comience a protestar en ese pecho, porque no logra sacar el mismo caudal de leche al que estaba acostumbrado. Esto puede deberse a la formación de una perla de leche o de un cálculo de leche. Ambos son una formación más o menos coagulada de leche que impide que fluya la misma, produciendo retención.

En el caso de la perla de leche puede ser como una bolita blanca o ampolla, incluso puede que sea una especie de “hernia” del conducto, el cual sale sobre sí mismo unos pocos milímetros. En estos casos a algunas madres les ha ayudado el pinchar dicha perlita con un alfiler esterilizado, o frotar con una gasa limpia, para “romperla”, siempre tras una toma cuando la perla está más inflamada. Entonces comienza a salir la leche retenida y desaparecen las molestias al succionar el bebé.

Cuando se trata de un cálculo de leche los síntomas son los mismos. En esta ocasión se trata de una pequeña piedrecita formada por algunos sedimentos de la leche que han quedado retenidos (como si de una piedra del riñón se tratara), lo cual puede mejorar bastante con la aplicación de masajes sobre la zona obstruida y poniendo al niño siempre en ese pecho en primer lugar, para facilitar la expulsión de la arenilla al succionar el niño con más fuerza al comienzo de la toma. Si se puede ver en la punta del pezón es posible quitarla con unas pinzas previamente esterilizadas o ayudándola a salir con un alfiler (también esterilizado) (después de una toma).

Puede ayudar reducir en la dieta la presencia de grasas saturadas y aplicar lecitina de soja en aceite en la punta del pezón.

Mastitis

La mastitis es una respuesta inflamatoria secundaria a una situación de retención mantenida de leche, que se manifiesta con un dolor intenso de una zona amplia de la mama (en forma de cuña), que está enrojecida, dura, inflamada y se acompaña de un cuadro gripal: fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos, dolor de cabeza y malestar general que aparece de forma brusca. Puede tener un origen infeccioso o inflamatorio.

El tratamiento es el mismo que el de la obstrucción mamaria, más el tratamiento médico pertinente (antiinflamatorios y/o antibióticos).

En el siguiente cuadro aparecen las principales características de las ingurgitaciones, las obstrucciones y las mastitis para poder diferenciar claramente cada una de ellas.

	INGURGITACIÓN	OBSTRUCCIÓN	MASTITIS
INICIO	Precoz y progresivo	Tardío y progresivo (2-3 semanas postparto, aunque puede aparecer en cualquier momento)	Tardío y progresivo (2-3 semanas postparto, aunque puede aparecer en cualquier momento)
LOCALIZACIÓN	Bilateral	Unilateral	Unilateral
VISIÓN EXTERIOR	Toda la mama	Un sector pequeño de la mama	Un sector amplio de la mama
SÍNTOMAS GENERALES	Malestar. Fiebre <38,5°C	Malestar. Fiebre <38,5°C	Síntomas gripales, malestar generalizado. Fiebre >38,5°C

Amamantamiento doloroso por infecciones del pezón y/o de la leche: disbiosis

Durante la lactancia se pueden producir desequilibrios en la composición bacteriológica de la leche y/o de la flora del pezón (disbiosis), con un predominio de las bacterias más agresivas, lo que da lugar a una infección del pezón y/o de la leche, y síntomas clínicos. Los agentes causantes de esta infección, que viajan al pecho desde el intestino materno a través de lo que se llama la ruta enteromamaria, son de diversos orígenes y no sólo candidas, como se pensaba hasta hace no mucho tiempo. Así, normalmente se trata de infecciones provocadas por combinaciones de distintos microorganismos (estafilococos, enterococos, candidas...).

Los síntomas clínicos que suelen acompañar a una situación de infección del pezón y/o de la leche son:

- Dolor profundo en el pecho y/o pezones, aún después de una toma correcta y comprobada una succión normal (siempre habrá que descartar otras causas de amamantamiento doloroso). El dolor puede ser pulsátil, ardiente o en agujas, permanecer durante toda la toma o incluso aparecer entre las tomas, puede estar acompañado de picores o no, y ser uni o bilateral.
- Lesiones en los pezones que no mejoran tras la corrección de la causa y varios días de tratamientos tópicos.
- Enrojecimiento y/o inflamación del pezón y/o areola, y en las mucosas del bebé (boca, genitales).
- Pérdida de la coloración habitual de la areola con la aparición simultánea de lesiones en la boca y/o genitales del bebé.
- Fiebre o febrícula, sudoración abundante nocturna y/o sensación de gripe.
- Pechos ingurgitados, obstrucciones de repetición, o disminución de la producción de leche en el pecho afectado.
- Inquietud del bebé en las tomas, con tirones en la succión, flatulencia,

cólicos y ocasionalmente una lenta ganancia de peso (no coincidiendo con las crisis de lactancia).

Recomendaciones:

- Búsqueda de asesoramiento y apoyo: precisas de una orientación clara (contacta con un profesional experto en lactancia materna y/o con un grupo de apoyo a la lactancia materna que te dé la información adecuada).
- No suspendas la lactancia. Las bacterias que contiene la leche son familiares para tu bebé y a pesar de que ahora hay predominio de las bacterias más agresivas, los beneficios de la leche materna siguen siendo superiores.
- Toma de muestras de leche, de la piel del pezón/areola y de la boca y genitales del bebé por un profesional experto en lactancia materna.
- Tratamiento del dolor según la indicación médica (ibuprofeno, paracetamol, etc.).
- Tratamiento antibiótico y/o antimicótico de forma tópica-sistémica según los resultados del cultivo y el antibiograma, teniendo en cuenta la sintomatología de la madre, dado que pueden aparecer síntomas en los recuentos límite.
- Extracción temporal de la leche, cuando el dolor provocado por las tomas directas sea más intenso y doloroso que la extracción con el sacaleches.
- Darle al bebé la leche extraída mediante métodos que no interfieran con el amamantamiento (vasito, jeringuilla, etc.).
- Uso de escudos aireadores, para evitar el dolor del roce con la ropa y facilitar la actuación de las pomadas.
- Lavado de la ropa de la madre a altas temperaturas, desinfección y esterilización de objetos que estén en contacto con la boca del bebé, lavado de manos antes y después de las tomas.
- No congelar la leche mientras que dure el proceso (los hongos no mue-

ren con la congelación) ya que su utilización posterior puede perpetuar la infección.

El dolor intenso que acompaña la infección del pezón y/o de la leche puede llevar a un destete prematuro. Es por esto que la detección y el tratamiento temprano son tan necesarios. Un amamantamiento a demanda con una buena técnica de lactancia son la mejor defensa contra las infecciones del pezón y/o de la leche.

Si sufres una disbiosis del pezón puedes encontrar más información en “Propuesta de abordaje dolor y lesiones en los pezones y mamas. Helena Herrero. Medicina Naturista 2008; vol.2-nº3: 200-210”.

Síndrome de Raynaud

Maurice Raynaud describió por primera vez el vasoespasmo de arteriolas en 1862, y ahora el síndrome de Raynaud se percibe como algo común, ya que afecta hasta al 20% de las mujeres en edad de tener hijos.

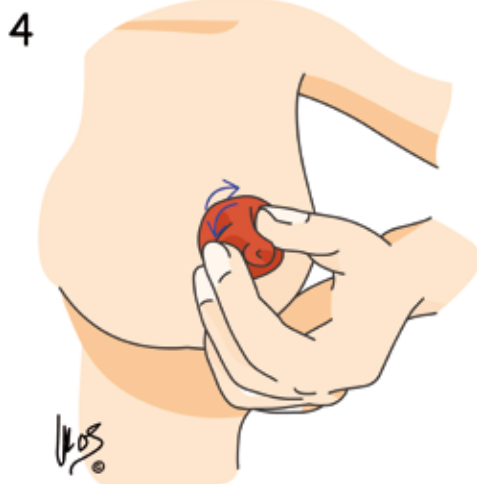
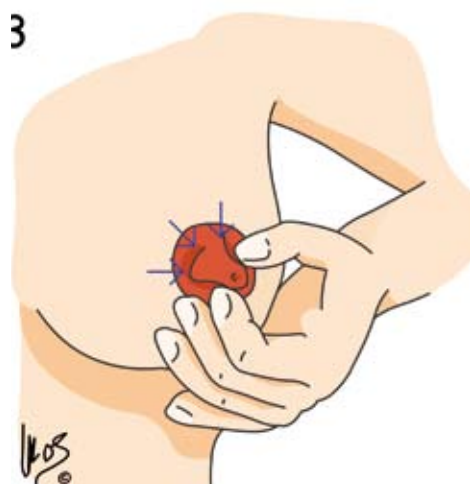
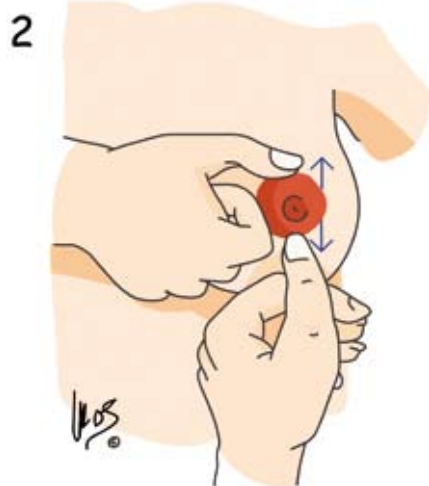
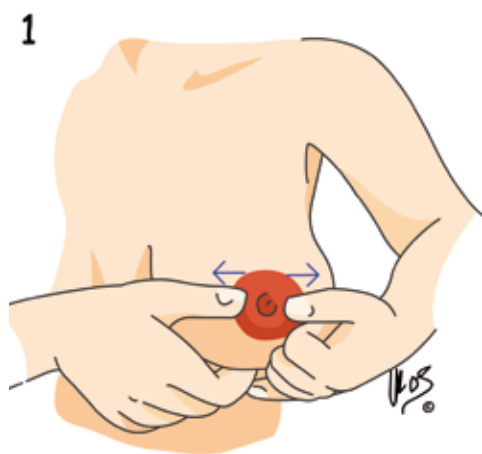
Se ha comprobado que el síndrome de Raynaud afecta a los pezones de madres lactantes y se reconoce por muchos expertos en lactancia como una causa tratable de amamantamiento doloroso.

Dado que el dolor de pecho asociado al síndrome de Raynaud es tan agudo y punzante, a menudo es confundido con la infección del pezón y/o de la leche. No es extraño para madres que tienen un síndrome de Raynaud del pezón ser tratadas de forma equivocada y a menudo repetidamente de infección por *C. albicans* con antifúngicos tópicos o sistémicos.

El síndrome de Raynaud puede aparecer tras estímulos fríos, puede estar presente durante el embarazo y asociarse a cambios de color bifásicos o trifásicos. Los posibles tratamientos incluyen medidas para prevenir o reducir la exposición al frío, evitar fármacos vasoconstrictores, nicotina y cafeína (que podrían precipitar los síntomas) y tratamiento farmacológico con vasodilatadores, como el nifedipino.

ANEXO I

Maniobras de Hoffman

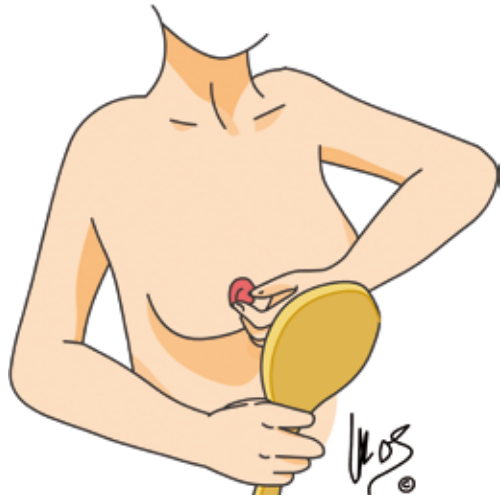


ANEXO II

Técnica de presión inversa suavizante

Técnica de la mano en flor

Paso único: Con las uñas cortas, se colocan los dedos con las yemas curvas sosteniendo el pezón y presionando hacia el interior del pecho, como si del tallo de una flor se tratara, en el lugar de la areola donde irá la lengua del bebé, según la postura que se vaya a elegir. Se recomienda el uso de un espejo para ver mejor la areola.



Técnica de las yemas de los dedos

Paso único: Usando los dedos índice, corazón y anular de ambas manos, con las uñas cortas, apoyamos las yemas curvas en las base lateral de ambos lados del pezón ejerciendo una presión suave hacia el interior de la mama.

