

## **Protocolos de la ABM**

### Protocolo Clínico de la ABM #20:

## Congestión Mamaria

COMITÉ DE PROTOCOLOS DE LA ACADEMIA MÉDICA DE LACTANCIA MATERNA

---

*Uno de los principales objetivos de la Academia Médica de Lactancia Materna consiste en el desarrollo de protocolos clínicos para el manejo de problemas médicos comunes que pudieran afectar el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos sirven únicamente como lineamientos para la atención de las madres que están amamantando y sus recién nacidos y no describen un curso de tratamiento exclusivo ni establecen normas de atención médica. Puede suceder que resulte pertinente efectuar variaciones en el tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada paciente en lo individual.*

### **Objetivo**

El objetivo del presente protocolo consiste en evaluar el estado de la evidencia en cuanto a la prevención, la identificación y el manejo de la congestión mamaria a fin de promover la lactancia materna exitosa. También se examinará el efecto de los medicamentos sobre la congestión mamaria y la supresión de la lactancia.

### **Antecedentes**

La congestión mamaria ha sido definida como “la inflamación y distensión de las mamas, 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.”<sup>1</sup> El concepto propuesto por Newton y Newton<sup>2</sup> en 1951 sugería que la distensión alveolar generada por la leche derivaba posteriormente en la compresión de los conductos circundantes, lo cual subsecuentemente desembocaba en una compresión vascular y linfática secundaria. Cierta grado de plenitud mamaria en la segunda etapa de la galactogenia es considerado normal y tranquilizador para la madre y el proveedor de atención a la salud.

Los síntomas de congestión mamaria ocurren más frecuentemente entre el tercer y el quinto día, y más de dos tercios de las mujeres presentan mastalgia al quinto día, pero algunas hasta el noveno o el décimo día.<sup>3,4</sup> Dos tercios de las mujeres experimentan al menos síntomas moderados.<sup>5,6</sup> Dedicar más tiempo a amamantar durante las primeras 48 horas está asociado con niveles inferiores de congestión mamaria.<sup>7</sup>

Una dificultad cuando se evalúa la incidencia y las opciones terapéuticas para esta afección involucra al espectro de la congestión: desde la plenitud mamaria fisiológica prevista hasta la congestión severamente sintomática. Además, la implementación de medidas adicionales en el manejo óptimo de la lactancia materna y el apoyo en algunas instituciones puede reducir la frecuencia de los síntomas significativos en comparación con ambientes con menos apoyo.

## Evaluación de la Congestión Mamaria

### *Herramientas*

No se ha establecido ninguna herramienta homologada confiable para evaluar la congestión mamaria. Se han utilizado diversos métodos a fin de calificar subjetivamente la congestión, como las descripciones visuales, el tamaño de la copa, escalas de dureza o firmeza, pero ninguno se ha vuelto clínicamente útil.<sup>2,6,8,9</sup>

### *Variables de predicción*

1. La relación entre la paridad y la congestión mamaria permanece incierta a causa de las escasas investigaciones. El inicio de la galactogenia se presenta antes en las mujeres multíparas en comparación con las primíparas, pero no se ha estudiado la congestión mamaria en este contexto.<sup>10</sup>
2. Las mujeres sometidas a parto por cesárea generalmente experimentaron los niveles máximos de congestión mamaria de 24 a 48 horas después que aquellas con partos vaginales.<sup>7</sup> Dichas mujeres también iniciaron el amamantamiento con un retraso significativo frente a sus contrapartes con partos vaginales. Este hallazgo parece concordar con otra investigación que ha encontrado que el parto por cesárea puede correlacionarse con probabilidades más altas de retraso en el inicio de la lactancia.<sup>10</sup>
3. No es raro que las mujeres que se han sometido a cirugía mamaria experimenten congestión mamaria.<sup>11</sup>
4. La influencia de la duración del parto, del parto prematuro, de las opciones anestésicas y de los líquidos intravenosos permanece incierta.<sup>12-14</sup>

### *Diferenciación de la congestión de otras causas de inflamación mamaria*

1. *Mastitis*. La congestión mamaria puede asociarse con una ligera elevación de la temperatura materna, pero una fiebre significativa, especialmente cuando se asocia a eritema mamario y síntomas sistémicos como mialgias, sugiere un diagnóstico de mastitis. Normalmente la mastitis afecta exclusivamente una de las mamas y ocurre con un patrón de enrojecimiento segmentario. La congestión mamaria generalmente es difusa, bilateral y no está asociada con un eritema mamario.<sup>1</sup>
2. *Gigantomastia*. La gigantomastia es una hipertrofia bilateral difusa que ocurre con muy poca frecuencia y no suele presentarse en el puerperio. La incidencia reportada es de aproximadamente 1:100,000, pero algunos opinan que es más frecuente, con una tasa hasta de 1:8,000.<sup>15</sup> Se considera una hipertrofia mamaria masiva bilateral benigna, pero progresiva, de tal magnitud que puede producir necrosis tisular y puede derivar en infección y septicemia. Los hallazgos histológicos sugieren una notoria hipertrofia lobular y proliferación ductal. No se ha identificado una etiología definida para este padecimiento, aunque es probable que involucre la presencia de cambios hormonales.<sup>15-18</sup>

## Prevención y Tratamiento

### *Prevención*

Se ha llevado a cabo una gran cantidad de investigaciones relacionadas con las terapias médicas para suprimir la lactancia, pero muy pocas en cuanto a la prevención y las estrategias terapéuticas para las mujeres lactantes que pueden desarrollar congestión mamaria. La educación dirigida a las madres con respecto a la posición para amamantar y el acoplamiento o al acondicionamiento prenatal del pezón no ha mostrado ninguna diferencia en la incidencia subsecuente de congestión mamaria.<sup>19,20</sup>

## PROTOLOS ABM

Sin embargo, algunas técnicas para amamantar se han asociado específicamente con una menor incidencia de congestión mamaria, entre ellas el vaciado de una mama en cada toma y alternar la mama que se ofrece primero.<sup>21</sup> Hay evidencia limitada que sugiere que el masaje de la mama después las tomas durante los primeros cuatro días posteriores al parto puede disminuir la magnitud de la congestión mamaria.<sup>20</sup> Si bien generalmente son aceptados como preventivos de la congestión mamaria, no se han estudiado patrones efectivos del amamantamiento frecuente.<sup>21</sup>

### *Tratamiento*

El manejo adecuado de la congestión mamaria es importante para una lactancia exitosa a largo plazo.<sup>23,24</sup> Si bien el hecho de experimentar congestión mamaria puede resultar temporalmente incómodo para las madres, ello parece estar relacionado con un decremento en las probabilidades de un destete precoz. Al mismo tiempo, el hecho de no resolver con efectividad la congestión mamaria *sintomática prolongada* puede tener repercusiones negativas adicionales en el suministro de leche continuo y adecuado.

Algunas terapias, tanto farmacológicas como no farmacológicas, han sido promocionadas como intervenciones benéficas para el tratamiento de la congestión mamaria. En 2001, Snowden y colaboradores<sup>25</sup> llevaron a cabo una revisión sistemática de estudios controlados con asignación tanto aleatoria como “semi-aleatoria” que evaluaron la efectividad de los tratamientos para la congestión mamaria. Dicho análisis identificó ocho estudios que incorporaron a 424 mujeres. Las terapias investigadas que superaron los efectos de los placebos en la reducción de los síntomas se describen a continuación:

1. Serrapeptase<sup>®</sup> (Takeda Chemical Industries, Ltd., Osaka, Japón) (Danzen), un agente enzimático antiinflamatorio, 10 mg tres veces al día, se comparó con placebo tres veces al día durante tres días.<sup>26</sup> El grupo con Danzen reportó una mejora notoria en el 23% de las mujeres en comparación con únicamente un 3% en el grupo con placebo. En general, el 86% del grupo con el tratamiento activo reportó una mejora evidente o moderada estadísticamente significativa en comparación con el 60% en el grupo con placebo. Si bien los resultados sugieren que el agente antiinflamatorio puede ser benéfico, el estudio presenta la limitación significativa de que pocas mujeres participantes estaban amamantando a su bebé.

2. Se ha analizado la terapia enzimática utilizando un comprimido con un complejo de proteasa con cubierta entérica que contiene 20,000 unidades de bromelaína y 2,500 unidades de tripsina cristalina, otro agente antiinflamatorio.<sup>27</sup> A las mujeres con inflamación o induración mamaria entre el tercer y el quinto día, además de dolor, se les administraron comprimidos con el complejo de proteasa o con placebo (aproximadamente cinco comprimidos por día) durante tres días, para un total de 16 comprimidos. Se encontró que el complejo de proteasa resultó efectivo en el 83% de los casos en comparación con el 33% de las mujeres atendidas con placebo.
3. La técnica de presión inversa suavizante utiliza una ligera presión positiva a fin de suavizar un área (aproximadamente de una a dos pulgadas) cercana a la areola que rodea la base del pezón. El objetivo consiste en desplazar temporalmente parte de la inflamación ligeramente hacia atrás, hacia arriba y hacia el interior de la mama. Se ha demostrado que alejar el edema de la areola mejora el acoplamiento del lactante durante la congestión mamaria.<sup>28</sup> La base fisiológica de esta técnica consiste en la presencia de un incremento en la resistencia de los tejidos subareolares durante la congestión mamaria.
4. Snowden y colaboradores<sup>25</sup> concluyeron que no se observa ningún beneficio con los siguientes tratamientos en comparación con placebo: hojas de col, extracto de hojas de col, oxitocina, compresas frías y ultrasonido.

Es posible que algunos tratamientos ayuden a atenuar las molestias sin aliviar la congestión mamaria en sí.

También es preciso señalar que muchas de las terapias arriba enumeradas pueden no estar disponibles en ciertos países.

### *Otras consideraciones*

1. *Remedios fitoterapéuticos.* En la actualidad, se han descrito remedios fitoterapéuticos para la congestión mamaria y la sobreproducción, pero no se cuenta con investigación científica respecto a su efectividad.
2. *Extracción manual o mecánica.* Si el lactante no puede mamar exitosamente, es preciso tomar medidas para auxiliar a la madre con la extracción manual o mecánica, ya sea por algunos minutos a fin de permitir que se suavice y comprima el complejo pezón–areola o para extraer la leche. Posteriormente, la leche puede suministrarse al lactante por medio de una taza y se puede alentar a la madre a amamantar con mayor frecuencia antes de que recurra la congestión mamaria severa. Todas las nuevas madres deben asimismo instruirse en la técnica de extracción manual de la leche.<sup>29</sup>
3. Antes del alta hospitalaria, debe proporcionarse orientación preventiva respecto al desarrollo de la congestión mamaria a todas las madres que amamantan. En muchos países en que las mujeres pueden tener estancias hospitalarias más prolongadas, la congestión mamaria puede ocurrir en el hospital donde se atendió el parto. Sin embargo, muchas mujeres son dadas de alta antes del tiempo previsto para el máximo nivel de congestión mamaria sintomática. Las madres deben recibir asesoría respecto a las opciones de tratamiento sintomático destinadas al control del dolor. Tanto acetaminofeno (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 salubridad que atiende a la madre o al recién nacido tras el alta

## PROTOLOS ABM

hospitalaria debe preguntar sistemáticamente respecto a la estado de plenitud y congestión mamarias.

### **Recomendaciones para Investigaciones Futuras**

En la actualidad, la investigación tanto de los procesos fisiológicos de la congestión mamaria como de la prevención efectiva y las estrategias terapéuticas resulta inadecuada. Es preciso desarrollar un sistema uniforme para medir la severidad de la congestión mamaria que permita homologar las medidas y comparar los resultados entre los estudios. Una vez que se haya desarrollado un sistema objetivo de medición clínica a pie de cama y no invasivo, podrán efectuarse estudios clínicos que evalúen la correlación de medidas objetivas de la congestión mamaria y su tratamiento con la duración y los problemas de la lactancia materna. El conocimiento acerca de la influencia de las intervenciones en el parto y acerca de las características de las mujeres que predisponen al desarrollo de congestión mamaria significativa sería de utilidad para identificar a las pacientes en riesgo de padecerla y a aquellas que pudieran verse beneficiadas por la asesoría y por un seguimiento más estrecho. Deben investigarse los remedios no farmacológicos para el manejo de la congestión mamaria. Es preciso dar prioridad a estudios doble ciegos y controlados con placebo de medicamentos que se sabe son seguros durante la lactancia y que cuentan con el potencial para aliviar la congestión mamaria sintomática.

### **Referencias (...)**

Colaboradora:  
*\*Pam Berens, M.D., FABM*  
Comité de Protocolos  
*Maya Bunik, M.D., FABM*  
*Caroline J. Chantry, M.D., FABM, Copresidente*  
*Cynthia R. Howard, M.D., MPH, FABM, Copresidente*  
*Ruth A. Lawrence, M.D., FABM*  
*Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM, Copresidente*  
*Larry Noble, M.D., Directora de Traducciones*  
*Nancy G. Powers, M.D., FABM*  
\*Autor principal

Reimpresiones: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)

“ Esta publicación fue traducida por Content Ed Net, LLC en convenio con el editor. Aún cuando se han tomado todas las precauciones al recopilar los contenidos de la publicación, ni Mary Ann Liebert, Inc ni Content Ed Net, LLC están obligados ni serán responsables de ninguna manera de la vigencia de la información, de cualquier error, omisión o imprecisión o por cualquier consecuencia surgida de la misma.”

“ This publication has been translated by Content Ed Net, LLC, under agreement with the publisher. Though great care has been taken in compiling the contents of this publication, Mary Ann Liebert, Inc. and Content Ed Net, LLC are not responsible or in any way liable for the currency of the information, for any errors, omissions, inaccuracies or for any consequences arising therefrom. ”

© The Academy of Breastfeeding Medicine