



Región de Murcia
Consejería de Salud



PROTOCOLO DE AYUDA A LA MADRE CON DOLOR AL AMAMANTAR Y AFECCIONES MAMARIAS



Promueve y edita:

© Región de Murcia
Consejería de Salud
Servicio Murciano de Salud

Creative Commons License Deed



La obra está bajo una licencia Creative Commons License Deed.

Se permite la libertad de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las condiciones de reconocimiento de autores, no usándola con fines comerciales. Al reutilizarla o distribuirla han de quedar bien claros los términos de esta licencia.

Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.

Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

©Autores: Servicio Murciano de Salud

©Diseño y maquetación: Servicio Murciano de Salud.

1ª Edición: Octubre 2025.

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Irene Marín Marín. Directora General de Atención Hospitalaria.

Josefa Marín Hernández. Directora General de Atención Primaria.

María Jesús Ferrández Cámara. Subdirectora General de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial.

Alfonso Saez Yanguas. Subdirector General de Atención Primaria y Urgencias, Emergencias sanitarias 061.

Juan Manuel Lucas Gómez. Subdirector General de Cuidados y Cronicidad.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Beatriz Garnica Martínez. Pediatra. Coordinadora Regional de Pediatría.

M^a del Rocío Pérez Crespo. Pediatra. Responsable de la IHAN del SMS.

Francisca Postigo Mota. Matrona. IBCLC. Subdirección general de Cuidados y Cronicidad

María Dolores Hernández Gil. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría.

Carmen Martínez Moreno. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría.

Esperanza Jiménez García. Enfermera. Coordinación Regional de Pediatría.

M^a Isabel Lorca Sánchez. Auxiliar Administrativo. Coordinación Regional de Pediatría.

AUTORA

Marcos Camacho Ávila. IBCLC. Matrón. Hospital Universitario Santa Lucía.

REVISIÓN

María Dolores Ceédran García. Matrona. Centro de Salud Las Torres de Cotillas.

Manuela Zaragoza Soler. Matrona. Centro de Salud de Archena.

Beatriz Martínez Pascual. Matrona. Centros de Salud Murcia-Santa María de Gracia.

María del Carmen Montiel Amador. Matrona. Centro de Salud Cabezo de Torres.

Alicia Conesa Agüera. Matrona. Centro de Salud Cartagena Este.



Revisado y validado por la Comisión Regional de Lactancia Materna:

M^a Ángeles Castaño Molina (Área I)
Esther Martínez Bienvenido. Matrona (Área II)
David Harillo Acevedo (Área III)
Rosario López-Sánchez Sánchez (Área IV)
Mónica Hernández Martínez (Área V)
Aurora Tomás Lizcano (Área VI)
Yolanda López Benavente (Área VII)
Juana M^a García García (Área VIII)
Encarnación Hernández Torres (Área IX)

HISTÓRICO DE VERSIONES

Versión #	Elaborada por	Revisado por	Aprobada por	Fecha aprobación	Justificación nueva versión
1.0	Marcos Camacho	M ^a Dolores Celdrán Beatriz Martínez M ^a del Carmen Montiel Manuela Zaragoza Alicia Conesa	Comisión Regional Lactancia Materna	17/10/2025	Creación Documento



ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	6
2.- ALGORITMO DE ACTUACIÓN	7
3.- AFECCIONES MAMARIAS	8
3.1. GRIETAS	8
3.2. INGURGITACIÓN MAMARIA	9
3.3. MASTITIS.....	9
3.4. OBSTRUCCIÓN DE CONDUCTOS	10
3.5. PERLAS DE LECHE.....	10
3.6 SÍNDROME DE RAYNAUD	11
3.7 ECCEMAS	11
4.- BIBLIOGRAFÍA	12
5.- ANEXOS.....	14

1.- INTRODUCCIÓN

Es por todos los profesionales sanitarios que la mayoría de las mujeres durante el embarazo muestran una predisposición positiva para amamantar a sus bebés con lactancia materna, especialmente de manera exclusiva. Las tasas de lactancia materna al inicio en todos los hospitales son siempre más altas que conforme va aumentando la edad del bebé, donde estas descienden paulatinamente. Este descenso se ve influenciado por diversos factores como la información previa, la cultura, el apoyo del sistema sanitario, las políticas y los problemas o afecciones durante la lactancia que puede sufrir la madre.

Entre las afecciones mamarias más frecuentes recogidas en este protocolo son las grietas, ingurgitación mamaria, mastitis, obstrucción de conductos, perlas de leche, síndrome de Raynaud y eccemas.

Antes de seguir con este protocolo es necesario recalcar que ninguna de estas patologías requiere la suspensión de la lactancia ni se contraindica.



2.- ALGORITMO DE ACTUACIÓN

Ante cualquier afección mamaria o mastalgia durante la lactancia la materna la forma de actuar siempre es similar en las primeras etapas, ya que la mayoría de los problemas se resuelven con una buena técnica de lactancia. Por lo que lo deseable sería seguir este algoritmo ante una mujer con dolor mamario.

La madre refiere dolor mamario	
Si, refiere dolor.	No. Lactancia adecuada.
1. Realizar una buena anamnesis de la madre.	Registrar alergias medicamentosas y no medicamentosas, enfermedades maternas, intervenciones quirúrgicas, hábitos tóxicos, medicamentos que utilice. Registrar datos relevantes al tipo de parto y nacimiento.
2. Averiguar datos del bebé.	- Conocer estado del bebé - Averiguar enfermedades o patologías, en que semana nació - Registrar como son las deposiciones o micciones - Averiguar ganancia de peso en gráficas adaptadas de la OMS - Descartar anquiloglosia en el bebé con escalas validadas como TABBY, ATLFF o Martinelli.
3. Conocer el estado del pecho materno.	-Escala EVA del dolor -Valorar si existen rojeces, zonas induradas -Conocer si hay o ha habido fiebre materna -Valorar si hay ingurgitación y dolor bilateral o unilateral - Valorar posibles perlas de leche o zonas de isquemia - Valorar forma del pezón antes y después de la toma -Conocer si existen grietas: forma, estadio, lugar de aparición, signos de infección.
4. Registro y evaluación de recursos materiales en la lactancia.	a) Si usa sacaleches: Cómo, cuando y si la copa es adecuada. b) Si usa pezonera: Talla adecuada. c) Si suplementa: cómo, cuándo y por qué.
5. Observación de la toma.	1. Postura de la madre 2. Posición del bebé 3. Agarre del bebé 4. Peristalsis 5. Valorar signos de incomodidad del bebé, dolor, disnea, anatomía oral, facial y corporal, capación funcional: succión, deglución y respiración.
6. Diagnóstico y tratamiento	Adecuar el tratamiento a la causa del problema

3.- AFECCIONES MAMARIAS

Como se ha explicado anteriormente, la mayoría de los problemas y mastalgias en la lactancia se resuelven con una buena técnica de amamantamiento. Sin embargo, dependiendo de la patología se realizarán unos cuidados u otros.

3.1.- Grietas

Las grietas son heridas de mayor o menor tamaño en el pezón, y que pueden ser de distinta profundidad.

La mayoría están causadas por un mal agarre del bebé o posición, aunque pueden ser causadas por una retrognatia, una pezonera, un embudo de sacaleches ajustado o la anquiloglosia.

Una vez corregido el factor que la produce los cuidados del pezón serán:

- Si no hay infección: Agua y jabón y transpiración dos veces al día.
 - El uso de aceite de almendras, oliva o lanolina no tiene suficiente evidencia científica, además de taponar las glándulas sebáceas que lubrican e hidratan al pezón de manera natural.
 - El uso de conchas aireadoras está en controversia por que tiende a macerar la herida, crear calor y edematiza la areola.
 - El uso de parches de hidrogel podrían utilizarse, sin embargo, no existe suficiente evidencia
 - Si se aprecia una falta de tejido importante podría usarse blastoestimulina en crema
- Si existe infección: Además de lo nombrado anteriormente, debería usarse clorhexidina acuosa y una crema antibiótica que contenga mupirocina cada 8-12 horas.



3.2.- Ingurgitación mamaria

La ingurgitación mamaria, es una de las patologías más frecuentes de la lactancia en los primeros días de vida. Consiste en una inflamación y endurecimiento del pecho materno debido al aumento del flujo vascular y edema tisular. Es bilateral y ambas mamas se edematizan, incluso la areola. A veces puede haber febrícula y malestar. Suele aparecer a las 72h de vida y se relaciona con el uso de tetinas, chupetes biberones, retraso en las tomas o horarios rígidos.

Los cuidados del pecho y recomendaciones a las madres son:

- No hiperestimular la mama con sacaleches ya que se agravaría el problema
- Si necesita vaciar recomendaremos una extracción manual
- NUNCA aplicar calor local, ya que se edematizaría más la mama
- Aplicar frío local, si le alivia, después de cada toma
- Usar antiinflamatorios como el ibuprofeno
- En caso de presentar edema de la areola realizar la técnica de presión inversa suavizante y masaje terapéutico.

3.3.- Mastitis

La mastitis según la Academia Americana de Lactancia materna (ABM) la define como *una zona de mama dolorosa, caliente, hinchada y con forma de cuña acompañada de una temperatura de 38,5°C o superior, escalofríos, dolores pseudogripales enfermedades sistémicas.*

El diagnóstico diferencial con la ingurgitación es que, en este caso es unilateral y es muy raro que sea en la primera semana de vida. Las recomendaciones y cuidados son:

1. Las primeras 24 horas medidas conservadoras si el estado clínico de la madre lo permite, por lo que no se debe pautar antibioterapia. El 85% de las mastitis se curan con las siguientes medidas:
 - Descanso y cuidado materno (físico y emocional).
 - Vaciado del pecho (bebé o sacaleches), tomas frecuentes y eficaces.
 - Antiinflamatorio como ibuprofeno

- Frio local tras las tomas, aunque la ABM recomienda frío cada hora algo que no facilita el descanso materno
 - NUNCA usar calor local, ya que edematiza y favorece el crecimiento bacteriano.
2. Si tras 24 horas de medidas conservadoras, no hay mejoría o incluso existe un empeoramiento, será necesario prescribir antibioterapia.
- En el anexo I se adjunta tratamiento antibiótico según guía PRIOAM
 - El uso de probióticos está en controversia ya que no existe suficiente evidencia.
3. Los cultivos de rutina están desaconsejados, por lo que se debe de poner el tratamiento de manera empírica. Solo se realizarán cultivos si es una mastitis recurrente, si no responde al tratamiento en 48h, es un caso raro o es una mastitis adquirida en el hospital

3.4.- Obstrucción de conductos

Las obstrucciones de conductos debutan en ocasiones con una clínica similar a las mastitis en sus inicios, dolor en una zona del pecho que se pone dura edematosa e incluso roja. Es muy difícil hacer un diagnóstico diferencial si es una mastitis en su inicio o una obstrucción, sin embargo, el tratamiento es el mismo.

- Vaciado del pecho, en este caso colocar la mandíbula del bebé en la zona que se quiere vaciar
- Antiinflamatorio como ibuprofeno
- Frio local tras las tomas
- NUNCA usar calor local, ya que edematiza y favorece el crecimiento bacteriano.

3.5.- Perlas de leche

Las perlas de leche son puntos blancos en el pezón o ambos pezones. Esta patología causa dolor y molestias durante la toma. Se ha comprobado que suele producirse por causas mecánicas como tirones del bebé durante la toma. Las perlas de leche son obstrucciones de los conductos a su salida al exterior. Las recomendaciones son:

- La primera recomendación es promover la succión efectiva. Poner al bebé al pecho para que intente desobstruir.
- Aplicar calor local en el pezón antes de la toma para vasodilatar.
- Si no se consigue se puede desinfectar la zona y pinchar la perla con una aguja estéril.

3.6.- Síndrome de Raynaud

El síndrome de Raynaud es un vasoespasmo que se produce en los vasos que irrigan el pezón y produce una isquemia transitoria. Este vasoespasmo conlleva que el pezón se ponga de color blanco, y produzca sensación de molestias, hormigueo, dolor punzante o quemazón. El síndrome de Raynaud se diferencia del pezón que se blanquea por el exceso de presión, en que este último se alivia en cuanto la compresión desaparece.

Las casusas del síndrome de Raynaud pueden ser ya en mujeres que lo sufrían previamente en el embarazo o una mala posición, mal agarre, retrognatia, una succión masticatoria o una anquiloglosia.

Una vez corregido el factor que la puede producir, en algunos casos es necesario medidas como aplicar calor antes y después de la toma para vasodilatar los vasos sanguíneos, evitar los cambios bruscos de temperatura y en algunos casos excepcionales necesitará la prescripción de nifedipino oral.

3.7.- Eccemas

Los eccemas en el pezón y areola son zonas de la piel descamadas, erosionadas con fisuras e incluso excoriaciones. La sintomatología se basa en picor intenso, quemazón y dolor tanto durante la toma como tras ella y suele ser bilateral.

Debido a que puede ser causado por diversas etiologías, es importante estar atentos a agentes que pueden causar dermatitis de contacto como cremas, telas, discos de lactancia... Los cuidados y recomendaciones son:

- La lactancia puede continuar como el resto de las afecciones
- Eliminar el causante si es posible
- Tratamiento con corticoesteroides y antihistamínicos orales.
- Hidratación de la zona con crema s hidratantes con efecto emoliente.

4.- BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, M., et al. (2018). Mastitis y absceso mamario lactacional. PRIOAM. Disponible en: <https://www.guiaprioam.com/indice/mastitis-y-absceso-mamario-lactacional/>
2. Cordray, H., Mahendran, G. N., Tey, C. S., Nemeth, J., Sutcliffe, A., Ingram, J., & Raol, N. (2023). Severity and prevalence of ankyloglossia-associated breastfeeding symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 112(3), 347–357. <https://doi.org/10.1111/apa.16609>
3. Douglas P. (2022). Re-thinking lactation-related nipple pain and damage. *Women's health (London, England)*, 18, 17455057221087865. <https://doi.org/10.1177/17455057221087865>
4. Gianni, M. L., Bettinelli, M. E., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., Plevani, L., Cavallaro, G., Raffaeli, G., Crippa, B. L., Colombo, L., Morniroli, D., Liotto, N., Roggero, P., Villamor, E., Marchisio, P., & Mosca, F. (2019). Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients*, 11(10), 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>
5. Huda, M. H., Chipojola, R., Lin, Y. M., Lee, G. T., Shyu, M. L., & Kuo, S. Y. (2022). The Influence of Breastfeeding Educational Interventions on Breast Engorgement and Exclusive Breastfeeding: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 38(1), 156–170. <https://doi.org/10.1177/08903344211029279>
6. Lanolin. (2024). In *Drugs and Lactation Database (LactMed®)*. National Institute of Child Health and Human Development.
7. Mitchell, K. B., Johnson, H. M., Rodríguez, J. M., Eglash, A., Scherzinger, C., Zakarija-Grkovic, I., Cash, K. W., Berens, P., Miller, B., & Academy of Breastfeeding Medicine (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 17(5), 360–376. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29207.kbm>
8. Pustotina O. (2016). Management of mastitis and breast engorgement in breastfeeding women. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 29(19), 3121–3125. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1114092>



9. Yu, Q., Xu, C., Wang, M., Zhu, J., Yu, L., Yang, Z., Liu, S., & Gao, X. (2022). The preventive and therapeutic effects of probiotics on mastitis: A systematic review and meta-analysis. PLoS one, 17(9), e0274467. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274467>
10. Zakarija-Grkovic, I., & Stewart, F. (2020). Treatments for breast engorgement during lactation. The Cochrane database of systematic reviews, 9(9), CD006946. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006946.pub4>

5.- ANEXOS

ANEXO I. MASTITIS Y ABSCESO MAMARIO LACTACIONAL

PRIOAM: Tratamiento antibiótico empírico	
Primera elección	<ul style="list-style-type: none">• Cefadroxilo 1 gr/ 12h v.o.• Cotrimoxazol (sulfametoxazol-trimetropim) 800/160 mg / 12h v.o.
Alternativa si alergia a penicilina e intolerancia a cefalosporinas.	<ul style="list-style-type: none">• Clindamicina 450 mg / 8h v.o.• Cotrimoxazol (sulfametoxazol-trimetropim) 800/160 mg / 12h v.o.
Evitar en general	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina-clavulánico por su actividad anaerobica que no se precisa en esta infección.• Cloxacilina oral, por su baja biodisponibilidad oral. Si se indica, a dosis altas (1 gr/ 6h) y separada de las comidas.• Quinolonas (ciprofloxacina) por su elevado impacto ecológico y porque no están indicadas en monoterapia en infecciones estafilocócicas.
Mastitis grave (sepsis o shock séptico, infección necrotizante)	<ul style="list-style-type: none">• Cefazolina 2 gr / 8h i.v. + vancomicina i.v.• Valorar necesidad de tratamiento quirúrgico en caso de infección necrotizante o absceso.
Duración del tratamiento antibiótico	<ul style="list-style-type: none">• La duración establecida es de 10 días de tratamiento si la evolución es favorable aunque esta recomendación no está basada en ensayos clínicos.