

RÉPLICA AL CONSENSO NACIONAL EN MASTITIS: UN CONSENSO INTERESADO Y DE ESCASA UTILIDAD CLÍNICA

*Response to the National Consensus on Mastitis:
A Self-Serving Consensus with little Clinical Usefulness*

Carmela BAEZA¹; José María PARICIO-TALAYERO²; N. Marta DÍAZ-GÓMEZ³; Blanca ESPÍNOLA-DOCIO⁴; Marta COSTA-ROMERO⁵

¹ Médico de familia, IBCLC. Centro Raíces. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal
 [0000-0002-5573-2861](https://orcid.org/0000-0002-5573-2861)

² Pediatra, coordinador de e-lactancia.org, telasmos.org y apilam.org
 [0000-0003-0885-9082](https://orcid.org/0000-0003-0885-9082)

³ Pediatra. Profesora honoraria de la Universidad de La Laguna
 [0000-0003-4731-8908](https://orcid.org/0000-0003-4731-8908)

⁴ Pediatra, IBCLC, CS Los Alperchines, San Fernando de Henares (Madrid)
 [0009-0004-5485-9264](https://orcid.org/0009-0004-5485-9264)

⁵ Pediatra. Hospital Universitario de Cabueñes. Profesora de Pediatría. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo
 [0000-0001-8041-1229](https://orcid.org/0000-0001-8041-1229)

Financiación: no tiene

Declaración conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Para correspondencia: Carmela Baeza Pérez-Fontán carmela.baeza.ibclc@gmail.com

Fecha de envío: 24/01/2026. Fecha de aceptación: 29/03/2026. Fecha de publicación: 28/04/2026

Palabras clave:

*mastitis
subaguda;
mastitis
subclínica;
probióticos;
conflicto de
intereses*

RESUMEN

Conviene disponer de consensos de prevención y manejo de las mastitis. No obstante, este consenso presenta problemas éticos y ausencia de evidencia científica en algunas de las recomendaciones, lo que hace que su validez y su utilidad en la práctica clínica sean escasas y cuestionables.

No hay suficiente evidencia científica que respalde considerar como entidad clínica específica la mastitis subaguda ni el papel de la formación de biopelículas bacterianas en los ductos mamarios y de la disbiosis en el desarrollo de mastitis. La mastitis subclínica es un término de origen veterinario sobre el que hay muy poca literatura en mujeres y con definiciones muy dispares.

También carece de evidencia científica la recomendación del empleo de probióticos en el tratamiento y la prevención de la mastitis, basada en muy pocos estudios y con claro conflicto de interés de los autores.

Por otro lado, en el documento no se ofrece información sobre la identidad de la totalidad de los autores que forman parte del comité de expertos, ni de sus posibles conflictos de interés, ni sobre la fuente de financiación del mismo. Varios miembros del comité científico son miembros del Instituto Danone, empresa patrocinadora del consenso y comercializadora de uno de los probióticos recomendados.

En resumen, se trata de un documento que podría tener gran repercusión en la práctica clínica si no fuera porque sus resultados resultan totalmente emborronados por la escasa evidencia científica que aporta y el innegable papel que la industria, con intereses económicos indiscutibles, ha jugado en su elaboración.

Palabras clave: mastitis subaguda; mastitis subclínica; probióticos; conflicto de intereses.

Key words:

*subacute
mastitis;
subclinical
mastitis;
probiotics;
conflict of
interest*

ABSTRACT

It is advisable to have consensus guidelines for the prevention and management of mastitis. However, this consensus presents ethical problems and a lack of scientific evidence for some of the recommendations, making its validity and usefulness in clinical practice limited and questionable.

There is insufficient scientific evidence to support considering subacute mastitis as a specific clinical entity, nor the role of bacterial biofilm formation in the mammary ducts and dysbiosis in the development of mastitis. Subclinical mastitis is a term of veterinary origin about which there is very little literature in women, and with highly disparate definitions.

The recommendation for the use of probiotics in the treatment and prevention of mastitis also lacks scientific evidence, being based on very few studies and with a clear conflict of interest among the authors.

Furthermore, the document does not provide information on the identity of the authors who are part of the expert committee, nor on their possible conflicts of interest, nor on the source of funding for the committee. Several members of the scientific committee are affiliated with the Danone Institute, the company sponsoring the consensus and the marketer of one of the recommended probiotics.

In short, this is a document that could have a significant impact on clinical practice were it not for the fact that its findings are completely undermined by the scant scientific evidence it provides and the undeniable role that the industry, with its clear economic interests, has played in its development.

1. INTRODUCCIÓN

Con relación a la reciente publicación del Consenso Nacional en Mastitis (1) –a partir de ahora el «consenso»– desde AELAMA (Asociación Española de Lactancia Materna), AECCLM (Asociación Española de Consultoras Certificadas en Lactancia Materna) y APILAM (Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna) debemos hacer algunas apreciaciones.

En primer lugar, nos gustaría señalar que consideramos necesario disponer de protocolos de prevención y manejo de las mastitis, puesto que se trata de un tema en el que existen controversias y lagunas de conocimiento, y que estamos de acuerdo en muchas de las afirmaciones que se hacen en el documento; sin embargo, presenta problemas éticos y ausencia de evidencia científica o débil evidencia científica en algunas de las recomendaciones, lo que le resta validez. Además, no se plantearon preguntas al grupo de expertos sobre aspectos importantes, como cuáles son los gérmenes más frecuentes en la mastitis aguda, la forma de interpretar un cultivo de leche o el tipo de tratamiento antiinflamatorio y antibiótico, por lo que el consenso no resulta de ninguna utilidad clínica.

Queremos asimismo manifestar nuestro desacuerdo en los siguientes contenidos del citado documento: mastitis subaguda, mastitis subclínica y probióticos, así como la financiación y los conflictos de interés del consenso y la bibliografía aportada en dicho documento.

2. MASTITIS SUBAGUDA

No hay suficiente evidencia científica que respalde considerar como entidad clínica específica la «mastitis subaguda» (*apartado 1.8 del documento de consenso*) ni el papel de la formación de biopelículas bacterianas en los ductos mamarios y la disbiosis en el desarrollo de mastitis (*apartado 3.2 del consenso*) (2).

El término mastitis subaguda no tiene definición en la literatura, y mucho menos causa concreta (3). La definición que se aporta en el *apartado*

1.8 es una de tantas que se han sugerido. Como se recoge en la [Tabla 1](#), hay múltiples definiciones no concordantes en la literatura.

Tabla 1. Definiciones de mastitis subaguda propuestas en la literatura

DEFINICIÓN PROPUESTA	FUENTE
«Inflamación de la mama y dolor en la lactancia».	Arroyo, 2010 (4)
«Dolor local, más o menos intenso, en forma de pinchazos (agujas, cristales), calambres o sensación de quemazón, pero sin enrojecimiento de la zona (o muy leve) y sin afectación sistémica».	Carrera, 2012 (3)
«Inflamación local (dolor, induración) con ingurgitación pero, en general, sin la aparición de zonas de enrojecimiento en el pecho. Normalmente no hay síntomas sistémicos o son muy leves. Son muy infravaloradas e infradiagnosticadas, a pesar de que representan la mayor parte de los casos de mastitis y de que pueden provocar síntomas locales intensos».	Fernández, 2013 (5)
«Dolor tipo pinchazos/ardor e ingurgitación».	Jiménez, 2015 (6)
«Inflamación mamaria acompañada por otros síntomas locales (ingurgitación, dolor/ardor/pinchazos, secreción reducida de leche)».	Fernández, 2016 (7)
Se nombra la mastitis subaguda cuatro veces, sin dar definición alguna y asemejándola a la mastitis subclínica.	Mediano, 2017 (8)
«Ingurgitación mamaria y fiebre».	Patel, 2017 (9)
«Cuadros de inflamación local sin manifestación cutánea de eritema ni afectación sistémica», señalando, sin aportar evidencia, que «Desde un punto de vista clínico, son las más frecuentes y las causantes del mayor número de casos de interrupción de la lactancia».	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2019 (10)
«Dolor mamario (normalmente descrito como profundo, como agujas y/o ardor) acompañado o no por bultos en el tejido mamario y sin síntomas generales».	Boix-Amorós, 2020 (11)

DEFINICIÓN PROPUESTA	FUENTE
«Dolor mamario profundo que puede irradiar al complejo areola-pezones, frecuentemente asociado a obstrucciones de repetición, dolor mamario al tacto, mastitis aguda recurrente, perlas de leche recurrentes y formación de biofilms en los conductos».	Betts, 2021 (12)
«Dolor mamario ardiente y como agujas, perlas de leche, zonas recurrentes de induración o congestión, y puede haber hiperlactancia sin resolver».	Mitchell, ABM, 2022 (13)
«La mastitis subaguda, también conocida como disbiosis mamaria, representa un desequilibrio de la flora mamaria similar a la vaginosis bacteriana. Estas pacientes pueden presentar una historia de mastitis agudas recurrentes tratadas. Puede haber una hiperlactancia sobreañadida y perlas dolorosas, y las pacientes pueden estar con extracciones exclusivamente. Las pacientes con frecuencia describen un dolor ardiente y profundo; sensación de pecho cargado; y dolor en los pezones durante el agarre. Un biofilm puede estar presente en la superficie del pezón».	Mitchel, 2022 (14)
«La mastitis subaguda causa dolor mamario profundo durante o tras la toma, pero no causa síntomas visibles en la mama ni a nivel sistémico. En la práctica clínica, la mastitis subaguda con frecuencia se diagnostica erróneamente como inflamación no infecciosa o candidiasis mamaria, causando dolor crónico en mujeres lactantes que puede llevar a un destete precoz».	Quifer-Rada, 2024 (15)

Por otro lado, al hacer una búsqueda en PubMed (Tabla 2) por el término «subacute mastitis» excluyendo las publicaciones que tengan que ver con cualquier tipo de animal, aparecen solo 21 trabajos.

Tabla 2: Búsqueda en PubMed a 11 de diciembre de 2025, de diferentes términos de mastitis. Resultados totales y excluyendo las mastitis en animales

TIPO DE MASTITIS	TOTAL	EN HUMANOS
Mastitis	20.254	4.737
Subclinical mastitis	2.481	47
Subacute mastitis	72	21

La afirmación de que la mastitis subaguda sea una entidad propia y que esté causada por biofilms y disbiosis mamaria crónica no está apoyada por ningún tipo de evidencia (2). Los expertos del microbioma humano son cada vez más críticos con el término «disbiosis», ya que el concepto está basado en la asunción desfasada de que existe un estado eubiótico normativo (16). Por otro lado, la formación patológica de biofilms en la mama lactante es posiblemente una manifestación tardía de inflamación severa o de necrosis tisular y no la causa de dicha inflamación (16).

Kvist (17) ya apuntó que «No existe un consenso científico claro sobre la definición de mastitis de la lactancia humana» y sostiene que «parecería imprudente introducir el término «mastitis subaguda» en mujeres, porque «ciertamente no hay una definición clara de lo que esta condición podría implicar en los humanos». Douglas advierte del peligro de asociar este término a una supuesta afección microbiológica, ya que puede aumentar el uso innecesario de antibióticos (18).

3. MASTITIS SUBCLÍNICA

Al hacer una búsqueda en PubMed (Tabla 2) por el término «subclínica mastitis» y excluyendo las publicaciones que tengan que ver con cualquier tipo de animal, aparecen solo 47 trabajos y 33 de ellos tienen que ver con el VIH y/o con desnutrición y/o en zonas del mundo desfavorecidas. La mastitis subclínica es un término de origen veterinario, bien reconocido en la industria láctea por provocar en las vacas una disminución de la producción de leche (19).

En el *apartado 1.9 del consenso* se ofrece como definición de mastitis subclínica la siguiente: «Reducción de la secreción de leche y alto recuento de bacterias en la leche, pero sin cambios inflamatorios». Sin embargo, en la literatura científica la mastitis subclínica se describe como una afección inflamatoria asintomática de la glándula mamaria lactante detectable por biomarcadores de la leche (nivel elevado de sodio en la leche o relación Na/K >0,6, e IL-8 elevada) (20-22). También se ha propuesto como criterio diagnóstico el recuento de células somáticas ≥ 250.000 células/ml, basado en los umbrales utilizados en la industria de leche bovina (22), y, en un estudio más reciente, el recuento de células somáticas >400.000 (23). En ningún caso se habla de recuentos bacterianos como criterio diagnóstico. Aunque en algunos estudios (24), especialmente en poblaciones desfavorecidas, se ha asociado la mastitis subclínica a una disminución de la producción láctea, la reducción de la secreción de leche no ha demostrado causalidad con respecto a la posible mastitis subclínica, sino a otros factores concurrentes

(desnutrición materna o técnica de lactancia inadecuada). En un estudio europeo (20), no hubo diferencias en el crecimiento infantil ni en la ingesta de leche materna entre los grupos con y sin mastitis subclínica. Otro estudio hecho en Ghana tampoco mostró afectación de la ingesta de leche en lactantes de madres con mastitis subclínica (25).

4. PROBIÓTICOS

También carece de evidencia científica la recomendación del empleo de probióticos en el tratamiento y la prevención de la mastitis (*apartados 5.11, 5.12 y 5.13 del consenso*). Muchas de las referencias que se citan en el documento son revisiones narrativas, con bajo nivel de evidencia, o se trata de revisiones sistemáticas que no apoyan esa recomendación. Por ejemplo, en la revisión de Cochrane de 2020 (26) –referencia 33 del documento– se recoge que el grado de evidencia del efecto de los probióticos, comparados con placebo, en la prevención de la mastitis es bajo y se ponen de relieve las dudas que suscitan varios de los estudios analizados por los conflictos de interés de sus autores con la industria y la no publicación de los resultados en uno de ellos. En la revisión sistemática de Yu (27), los autores de los tres estudios en los que se basa para contestar la pregunta sobre la utilidad de los probióticos en la prevención de mastitis (7,28,29) tienen conflictos de interés con la industria. La revisión sistemática de Barker (30) –referencia 29 del documento de consenso– también pone en evidencia las limitaciones metodológicas y los posibles conflictos de interés en los estudios publicados sobre este tema, que curiosamente son los mismos trabajos españoles de la revisión de Yu. El artículo más reciente referido en el documento (31) –referencia 32 del documento de consenso– señala asimismo que el empleo de probióticos en la prevención o el tratamiento de la mastitis no está respaldado por evidencia científica de suficiente calidad.

Por todo ello, es necesario realizar más estudios sobre la efectividad y la relación coste-beneficio de los probióticos en la mastitis (30,32,33). La recomendación del uso de probióticos en el tratamiento y la prevención de la mastitis, sin pruebas suficientes, puede crear confusión en los profesionales de la salud y tener un coste económico para las familias (2,33).

Por último, cabe señalar que en el apartado 5.11 del documento de consenso hay erratas en las citas de las referencias 28, 35 y 36.

5. FINANCIACIÓN Y CONFLICTOS DE INTERÉS DEL CONSENSO

En cualquier tipo de artículo científico o documento de consenso es básico declarar los posibles conflictos de interés de los autores que puedan influir en los resultados o las recomendaciones que se realicen. En este caso, resulta llamativo que no se informa sobre la fuente de financiación ni conflictos de interés, que es evidente en varios componentes del Comité Científico, miembros del Instituto Danone. Esta empresa ha financiado la realización del Consenso Nacional en Mastitis y comercializa uno de los probióticos «recomendados» para la prevención de la mastitis. En el documento de consenso tampoco constan ni el número, ni los nombres, ni la profesión y ni la declaración de conflicto de interés de los expertos que participaron respondiendo los cuestionarios y en cuya opinión se basan las recomendaciones.

6. BIBLIOGRAFÍA APORTADA EN EL CONSENSO

Teniendo en cuenta la cantidad de citas científicas publicadas sobre mastitis (en torno a 5.000 en mujeres, ver [Tabla 2](#)), parecen pocas las 37 citas bibliográficas aportadas, que además dan la impresión de estar sesgadas: el 11 % de dichas citas (4 de 37) están firmadas por alguno de los componentes de un mismo grupo de autores españoles que difunden las definiciones de mastitis subaguda y subclínica en humanos y la utilidad en las mastitis del tratamiento con probióticos.

En cuanto al tipo de citas, el consenso omite aquellas que se muestran más críticas con el uso de los términos mastitis subaguda o subclínica, con la idoneidad de realizar cultivos de leche y cómo interpretarlos, con la posible etiología bacteriana de la mastitis y con la eficacia de los probióticos ([16-18, 33-39](#)).

7. CONCLUSIONES

La mastitis humana, siendo una patología bastante prevalente durante la época de lactancia, permanece poco estudiada. Es necesario disponer de más estudios de alta calidad para poder llegar a consensos de diagnóstico, prevención y manejo de las mastitis.

El consenso al que este artículo responde presenta en diversos puntos, tal y como hemos detallado, una escasa evidencia científica y, por otro lado,

es innegable el papel de la industria en su publicación y diseminación, con intereses económicos indiscutibles.

Los términos «mastitis subaguda» y «mastitis subclínica» no cuentan con el respaldo científico suficiente para ser utilizados en afecciones de la mama en mujeres.

No hay evidencia suficiente para utilizar probióticos ni en la prevención ni en el tratamiento de las mastitis.

Desde AELAMA, AECCLM y APILAM animamos a trabajar sobre un verdadero documento de consenso, riguroso, basado en la evidencia y libre de influencias comerciales.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Calatayud G, González Hernández C, Blesa Baviera LC, Cancelo Hidalgo MJ, Leis Trabazo R, Moreno Villares JM, *et al.* Consenso Nacional en Mastitis. Barcelona: Instituto Danone; 2025. ISBN: 978-84-18836-16-9.
2. Baeza C, Paricio-Talayero JM, Pina M, De Alba C. Re: «Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: the Mastitis Spectrum, revised 2022» by Mitchell *et al.* Breastfeed Med. 2022;17(11):970-1. doi:[10.1089/bfm.2022.0129](https://doi.org/10.1089/bfm.2022.0129)
3. Carrera M, Arroyo R, Mediano P, Fernández L, Marín M, Rodríguez JM. Lactancia materna y mastitis. Tratamiento empírico basado en la sintomatología y los agentes etiológicos. Acta Pediatr Esp. 2012;70(6):255-61.
4. Arroyo R, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of lactobacilli isolated from breast milk. Clin Infect Dis. 2010;50(12):1551-8. doi:[10.1086/652763](https://doi.org/10.1086/652763)
5. Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis. El lado oscuro de la lactancia. Microbiota mamaria: de la fisiología a las mastitis. Edición especial para Angelini Farmacéutica SL. Probiosearch; 2013.
6. Jiménez E, De Andrés J, Manrique M, Pareja-Tobes P, Tobes R, Martínez-Blanch JF, *et al.* Metagenomic analysis of milk of healthy and mastitis-suffering women. J Hum Lact. 2015;31(3):406-15. doi:[10.1177/0890334415585078](https://doi.org/10.1177/0890334415585078)
7. Fernández L, Cárdenas N, Arroyo R, Manzano S, Jiménez E, Martín V, Rodríguez JM. Prevention of infectious mastitis by oral administration of *Lactobacillus salivarius* PS2 during late pregnancy. Clin Infect Dis. 2016;62(5):568-73. doi:[10.1093/cid/civ974](https://doi.org/10.1093/cid/civ974)
8. Mediano P, Fernández L, Jiménez E, Arroyo R, Espinosa-Martos I, Rodríguez JM, Marín M. Microbial diversity in milk of women with mastitis: potential role of coagulase-negative staphylococci, viridans group streptococci, and corynebacteria. J Hum Lact. 2017;33(2):309-18. doi:[10.1177/0890334417692968](https://doi.org/10.1177/0890334417692968)

9. Patel SH, Vaidya YH, Patel RJ, *et al.* Culture independent assessment of human milk microbial community in lactational mastitis. *Sci Rep.* 2017;7:7804. doi:[10.1038/s41598-017-08451-7](https://doi.org/10.1038/s41598-017-08451-7)
10. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Infecciones de la mama relacionadas con la lactancia. *Prog Obstet Ginecol.* 2019;62(3):511-23. doi:[10.20960/j.pog.00239](https://doi.org/10.20960/j.pog.00239)
11. Boix-Amorós A, Hernández-Aguilar MT, Artacho A, *et al.* Human milk microbiota in sub-acute lactational mastitis induces inflammation and undergoes changes in composition, diversity and load. *Sci Rep.* 2020;10:18521. doi:[10.1038/s41598-020-74719-0](https://doi.org/10.1038/s41598-020-74719-0)
12. Betts RC, Johnson HM, Eglash A, Mitchell KB. It's not yeast: retrospective cohort study of lactating women with persistent nipple and breast pain. *Breastfeed Med.* 2021;16(4):318-24. doi:[10.1089/bfm.2020.0160](https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0160)
13. Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I, *et al.* Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, revised 2022. *Breastfeed Med.* 2022;17(5):360-76.
14. Mitchell KB, Johnson HM. Breast conditions in the breastfeeding mother. En: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession.* 9th ed. Elsevier; 2022. p. 572-93. doi:[10.1016/B978-0-323-68013-4.00016-X](https://doi.org/10.1016/B978-0-323-68013-4.00016-X)
15. Quifer-Rada P, Aguilar-Camprubí L, Samino S, Amigó N, Soler O, Padró-Arocas A. Metabolomics approach to identify biomarkers of acute and subacute mastitis in milk samples: a pilot case-control study. *Metabolites.* 2024;14(10):566. doi:[10.3390/metabo14100566](https://doi.org/10.3390/metabo14100566)
16. Douglas P. Re-thinking benign inflammation of the lactating breast: a mechanobiological model. *Womens Health (Lond).* 2022;18:17455065221075907. doi:[10.1177/17455065221075907](https://doi.org/10.1177/17455065221075907)
17. Kvist LJ. Diagnostic methods for mastitis in cows are not appropriate for use in humans: commentary. *Int Breastfeed J.* 2016;11:2. doi:[10.1186/s13006-016-0061-1](https://doi.org/10.1186/s13006-016-0061-1)
18. Douglas P. Does the Academy of Breastfeeding Medicine's Clinical Protocol #36 promote overtreatment and risk worsened outcomes for breastfeeding families? Commentary. *Int Breastfeed J.* 2023;18(1):51. doi:[10.1186/s13006-023-00588-8](https://doi.org/10.1186/s13006-023-00588-8)
19. Gomo E, Filteau SM, Tomkins AM, Ndhlovu P, Michaelsen KF, Friis H. Subclinical mastitis among HIV-infected and uninfected Zimbabwean women. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2003;97(2):212-16. doi:[10.1016/S0035-9203\(03\)90124-6](https://doi.org/10.1016/S0035-9203(03)90124-6)
20. Samuel TM, De Castro CA, Dubascoux S, Affolter M, Giuffrida F, Billeaud C, *et al.* Subclinical mastitis in a European multicenter cohort. *Nutrients.* 2020;12(1):105. doi:[10.3390/nu12010105](https://doi.org/10.3390/nu12010105)
21. Pace RM, Pace CDW, Fehrenkamp BD, Price WJ, Lewis M, Williams JE, *et al.* Sodium and potassium concentrations and somatic cell count as biomarkers of mastitis. *Nutrients.* 2022;14(22):4708. doi:[10.3390/nu14224708](https://doi.org/10.3390/nu14224708)
22. Angelopoulou A, Harris HMB, Warda AK, *et al.* Somatic cell count as an indicator of subclinical mastitis. *Microbiol Spectr.* 2024;12(10):e0405123. doi:[10.1128/spectrum.04051-23](https://doi.org/10.1128/spectrum.04051-23)

23. Castro-Navarro I, Pace RM, Williams JE, Pace CDW, Kaur H, Piaskowski J, *et al.* Immunological composition of human milk before and during mastitis. *Front Immunol.* 2025;15:1532432. doi:[10.3389/fimmu.2024.1532432](https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1532432)
24. Wren-Atilola HM, Solomons NW, Scott ME, Koski KG. Infant growth faltering linked to subclinical mastitis. *Matern Child Nutr.* 2019;15(3):e12756. doi:[10.1111/mcn.12756](https://doi.org/10.1111/mcn.12756)
25. Aryeetey RN, Marquis GS, Brakohiapa L, Timms L, Lartey A. Subclinical mastitis may not reduce breastmilk intake. *Breastfeed Med.* 2009;4(3):161-6. doi:[10.1089/bfm.2008.0131](https://doi.org/10.1089/bfm.2008.0131)
26. Crepinsek MA, Taylor EA, Michener K, Stewart F. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;9:CD007239.
27. Yu Q, Xu C, Wang M, Zhu J, Yu L, Yang Z, *et al.* Preventive and therapeutic effects of probiotics on mastitis: systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2022;17(9):e0274467.
28. Hurtado JA, Maldonado-Lobón JA, Díaz-Ropero MP, Flores-Rojas K, Uberos J, Leante JL, *et al.* Oral administration of *Lactobacillus fermentum* CECT5716 prevents lactational mastitis. *Breastfeed Med.* 2017;12(4):202-9. doi:[10.1089/bfm.2016.0173](https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0173)
29. Jiménez E, Manzano S, Schlembach D, Arciszewski K, Martin R, Ben Amor K, *et al.* *Ligilactobacillus salivarius* PS2 supplementation prevents mastitis. *Microorganisms.* 2021;9(9):1933. doi:[10.3390/microorganisms9091933](https://doi.org/10.3390/microorganisms9091933)
30. Barker M, Adelson P, Peters MDJ, Steen M. Probiotics and human lactational mastitis: a scoping review. *Women Birth.* 2020;33(6):e483-e491.
31. Morcomb EF, Dargel CM, Anderson SA. Mastitis: rapid evidence review. *Am Fam Physician.* 2024;110(2):174-82.
32. Espínola-Docio B, Costa-Romero M, Díaz-Gómez NM, Paricio-Talayero JM, Comité de Lactancia Materna AEP. Mastitis. Puesta al día. *Arch Argent Pediatr.* 2016;114(6):576-84.
33. Amir LH, Griffin L, Cullinane M, Garland SM. Probiotics and mastitis: evidence-based marketing? *Int Breastfeed J.* 2016;11:19. doi:[10.1186/s13006-016-0078-5](https://doi.org/10.1186/s13006-016-0078-5)
34. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). *Lactobacillus fermentum* CECT 5716 and reduction of staphylococcus load in breast milk. *EFSA J.* 2017;15(7):e04917. doi:[10.2903/j.efsa.2017.4917](https://doi.org/10.2903/j.efsa.2017.4917)
35. Eglash A, Plane MB, Mundt M. Clinical outcomes of lactating women treated with antibiotics for chronic breast pain. *J Hum Lact.* 2006;22(4):429-33. doi:[10.1177/0890334406293431](https://doi.org/10.1177/0890334406293431)
36. Kvist LJ, Larsson BW, Hall-Lord ML, Steen A, Schalén C. Role of bacteria in lactational mastitis. *Int Breastfeed J.* 2008;3:6. doi:[10.1186/1746-4358-3-6](https://doi.org/10.1186/1746-4358-3-6)
37. Perales Palacios I. Diagnóstico microbiológico de mastitis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34(10):692-3.
38. Rimoldi SG, Pileri P, Mazzocco MI, *et al.* The role of *Staphylococcus aureus* in mastitis. *J Hum Lact.* 2020;36(3):503-9. doi:[10.1177/0890334419876272](https://doi.org/10.1177/0890334419876272)

39. Witt A, Mason MJ, Burgess K, Flocke S, Zyzanski S. Bacterial species and colony count in milk of women with chronic pain. *Breastfeed Med.* 2014;9(1):29-34. doi:[10.1089/bfm.2013.0012](https://doi.org/10.1089/bfm.2013.0012)