

GUÍA DE ACTUACIÓN ANTE LA MASTITIS PUERPERAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORÍA

Romeu Martínez, María*

Casal Pena, Jorge**

Morilla Aragón, María Teresa***

*Matrona de Atención Primaria del Área Sanitaria de Ferrol.

**Enfermero del Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol.

***Matrona del Hospital Materno Infantil de Málaga.

RESUMEN

La mastitis es definida como la inflamación del pecho en la que puede o no estar implicada una infección bacteriana y cuyo espectro clínico puede ir desde la presencia de inflamación local con síntomas sistémicos mínimos al absceso y la sepsis.

En este artículo se detalla en qué consiste esta patología, su diagnóstico y etiología, así como la guía de actuación que se debe seguir en los servicios de urgencias ante la presencia de una mastitis puerperal aguda.

PALABRAS CLAVE

Mastitis, matrona, actuación, revisión.

ABSTRACT

Mastitis is defined as the inflammation of the breast in which a bacterial infection may or may not be involved and whose clinical spectrum can range from the presence of local inflammation with minimal systemic symptoms to abscess and sepsis.

This article details what this pathology consists of, its diagnosis and aetiology, as well as the action guide that it should be followed in the emergency services in the presence of acute puerperal mastitis.

KEYWORDS

Mastitis, midwife, performance, review.

INTRODUCCIÓN

La mastitis es definida como la inflamación del pecho en la que puede o no estar implicada una infección bacteriana y cuyo espectro clínico puede ir desde la presencia de inflamación local con síntomas sistémicos mínimos al absceso y la sepsis. Suele ser unilateral aunque se han descrito entre un 3 y un 12% de afectaciones bilaterales. Representa una de las principales causas de abandono evitable de la lactancia materna.

Etiología

La mastitis puerperal es debida a la estasis o retención de leche que puede ser seguida o no de infección o sobrecrecimiento bacteriano secundario a la retención de leche.

En la leche existen sustancias proinflamatorias como citocinas, factor inhibidor de macrófagos y elementos celulares activados que, si permanecen tiempo en contacto con el epitelio de la glándula mamaria, pueden desencadenar una respuesta inflamatoria que puede complicarse de sobreinfección.

El *Staphylococcus aureus* es el germen predominante en las mastitis. Con menos frecuencia puede ser causada por *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli* o *Streptococcus pyogenes*.

Clínica

Se debe sospechar la existencia de infección mamaria si:

- Síntomas agudos en la mama como inflamación o edema, calor y aumento de la sensibilidad o dolor.
- Síntomas generales como malestar, fiebre de más de 38,5°C, escalofríos y dolor de cabeza.
- Dolor profundo en la mama durante la toma o después de la misma que no se resuelve tras la evaluación e intervención por profesionales expertos en lactancia materna que descarten y traten otras posibles causas de la mastalgia.

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en la sintomatología.

No se recomienda realizar cultivos o análisis de leche rutinariamente; solamente se realizará cuando:

- No hay respuesta tras 48 h de tratamiento con antibióticos.
- Sospecha de infección adquirida en el hospital o pacientes que tengan factores de riesgo de bacterias multirresistentes.
- Mastitis recurrente.
- Alergia a antibióticos de primera elección.

- Hay un dolor profundo severo con sensación de pinchazos, escozor o quemazón en la mama.

OBJETIVO

Conocer la guía de actuación en el servicio de urgencias ante una mastitis aguda.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de la literatura publicada sobre la mastitis aguda, con el ánimo de definir el protocolo de actuación más adecuado.

Para la confección de la guía de actuación se realizó, en primer lugar, una búsqueda bibliográfica, tanto en inglés como en español, en las bases de datos PubMed, ENFISPO, Cuidenplus, CINAHL, EMBASE, Cochranepplus, Joanna Briggs, IBECs, ExcelenciaClínica, IME, OLID e ISOC, así como en guías de práctica clínica actualizadas, con el objetivo de conocer el estado actual de conocimientos sobre el tema y el nivel de evidencia sobre los cuidados ante la mastitis aguda. Las palabras clave utilizadas fueron: mastitis, matrona, actuación, revisión. Se utilizaron los operadores booleanos OR y AND.

RESULTADOS

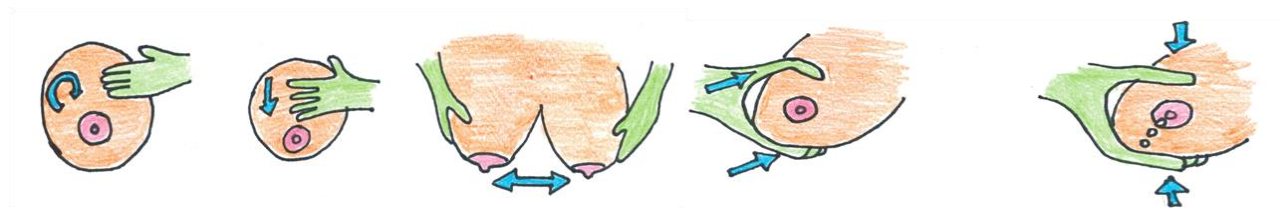
Según la bibliografía consultada, ante el diagnóstico de una mastitis aguda en el servicio de urgencias, se realizan una serie de pautas y actuaciones.

En primer lugar se debe ofrecer información sobre el posicionamiento y el agarre correcto del recién nacido valorando una toma de lactancia materna; ya que una de las posibles causas de la mastitis es el vaciado incorrecto.

Aconsejar continuar con la lactancia y con la extracción manual, para asegurar la eliminación efectiva de leche. Es aconsejable amamantar o extraer la leche cada 2-3 horas. En ocasiones es necesario realizar a mayores un masaje suave desde la zona bloqueada del pecho hacia el pezón.

La técnica Marmet (Figura1) es la técnica de extracción recomendada. En primer lugar se debe realizar una correcta higiene de manos y posteriormente realizar un masaje para estimular el reflejo de eyección. Comenzar desde la parte de arriba del pecho, hacer movimiento en espiral con los dedos alrededor del seno hacia la aréola a medida que se masajea; pasar las yemas de los dedos a modo de peinado desde la periferia hacia el pezón y finalmente sacudir los pechos. Una vez finalizado el masaje se realizará la extracción manual. Se colocará el pulgar y los dedos índice y medio formando una "C" a unos tres ó cuatro centímetros por detrás del pezón y se empujarán los dedos hacia las costillas, sin separarlos. Es conveniente rotar la posición de los dedos para vaciar todos los cuadrantes del pecho.

Figura 1. Técnica de extracción manual.



El calor local con agua tibia antes de las tomas puede facilitar la salida de la leche y la aplicación de frío puede ser útil entre tomas para reducir la inflamación.

Es aconsejable aumentar la ingesta de líquidos y el uso de analgésicos compatibles con la lactancia para el dolor. El paracetamol y el ibuprofeno son fármacos compatibles con la lactancia y están indicados como la analgesia adecuada para este proceso. El ibuprofeno puede ser de mayor utilidad ya que el dolor va asociado a un proceso inflamatorio.

En caso de presencia de síntomas como edema, inflamación, calor, aumento de sensibilidad o dolor, malestar general, fiebre mayor a 38,5°C y síntomas generales como escalofríos, dolor de cabeza, náuseas o vómitos, se debería iniciar tratamiento antibiótico.

Las revisiones realizadas acerca de los antibióticos que se deben utilizar en procesos de mastitis recomiendan el uso de cefalosporinas de primera generación (cefalexina o cefadroxilo) o, en su caso, cloxaciclina durante 10 a 14 días. En caso de alergia a betalactámicos, se puede utilizar clindamicina. Cuando el lactante tiene más de 4-6 semanas de vida puede utilizarse también trimetoprim sulfametoxazol.

Se debe realizar una reevaluación a las 48-72 horas para comprobar la respuesta al tratamiento. Es aconsejable indicarles que pidan cita con su matrona para esta revisión.

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

La mastitis puerperal aguda es un proceso inflamatorio que genera un importante dolor en la mujer puerpera, acompañado de la preocupación de si el recién nacido estará realizando tomas de lactancia eficaces. Por este motivo se genera una gran ansiedad en la madre y acuden a los servicios de urgencias.

El papel de enfermería en este proceso es primordial ya que debe apoyar a la madre, observar la toma de lactancia para valorar si es eficaz y explicarle las diferentes posturas de lactancia, el correcto agarre del recién nacido y el vaciado manual del pecho; para así impedir recurrencias de futuras de mastitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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 Jun 15;50(12):1551-8.

2. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. *Breastfeed Med.* 2014 Jun;9(5):239-43.
3. Kvist LJ. Toward a clarification of the concept of mastitis as used in empirical studies of breast inflammation during lactation. *J Hum Lact.* 2010 Feb;26(1):53-9.
4. Mastitis and breast abscess. *Clinical Knowledge Summaries-CSK.* 2015. Disponible en: <http://ykmu.tbzmed.ac.ir/uploads/125/CMS/user/file/813/sexual/Mastitis%20and%20breast%20abscess.pdf>.
5. Delgado S, Arroyo R, Jimenez E, Marin ML, del CR, Fernandez L, et al. Staphylococcus epidermidis strains isolated from breast milk of women suffering infectious mastitis: potential virulence traits and resistance to antibiotics. *BMC Microbiol.* 2009;9:82.
6. Witt AM, Burgess K, Hawn TR, Zyzanski S. Role of oral antibiotics in treatment of breastfeeding women with chronic breast pain who fail conservative therapy. *Breastfeed Med.* 2014 Mar;9(2):63-72.
7. Witt A, Mason MJ, Burgess K, Flocke S, et al. A Case Control Study of Bacterial Species and Colony Count in Milk of Breastfeeding Women with Chronic Pain. *Breastfeed Med* 2014;9(1):29-34.
8. Betzold CM. An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. *J Midwifery Womens Health* 2007 Nov;52(6):595-605.
9. Mensa J. Guía de tratamiento antimicrobiano de la infección por Staphylococcus aureus. *Rev Esp Quimioter.* 2013;26 (Suppl 1:1-84).
10. Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2:CD005458.
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
12. Montgomery A, Hale TW and The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and Anesthesia for the Breastfeeding Mother, Revised 2012. *Breastfeed Med.* 2006 Winter;1(4):271-7.
13. Mastitis. Causas y manejo. Departamento de Salud y Desarrollo del niño y del adolescente. Organización Mundial de la Salud. 2000. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/66925/1/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf.
14. Amir L, Trupin S, Kvist LJ. Diagnosis and treatment of mastitis in breastfeeding women. *J Hum Lact* 2014;30(1): 10-3.

15. Betzold C. Results of microbial testing exploring the etiology of deep breast pain during lactation: a systematic review and meta-analysis of nonrandomized trials. *J Midwifery Womens Health* 2012;57(4):353-64.
16. Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD007239.
17. Espínola Docio B, Costa Romero M, Díaz Gómez NM, Paricio Talayero JM; Comité de Lactancia Materna, Asociación Española de Pediatría. Mastitis. Puesta al día. *Arch Argent Pediatr.* 2016 Dec 1;114(6):576-584. (Acceso: 28.12.2017). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n6a17.pdf>