MASTITIS: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE URGENCIAS

Autores: Rodríguez Villa, Sandra; Cadenas Rojas, Mercedes; Villa Fernández, Raquel.

Palabras clave: mastitis, leche humana, dolor, sthapylococcus aureus.

Resumen:
Objetivo: Elaborar una guía de actuación que unifique cuidados, desde la más actualizada evidencia científica para la mujer que acude al servicio de urgencias toco-ginecológicas por un cuadro de mastitis.
Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas en español (revisiones Cochrane, Cuiden plus, Scielo) y en inglés (Pubmed y Cinhal). Se han revisado además otros documentos de interés y guías de práctica clínica.
Resultados: El diagnóstico de la mastitis es fundamentalmente clínico y se basa en los síntomas. Deben coincidir dos signos o síntomas locales en la mama tales como dolor, calor o rubor y al menos un síntoma generalizado como puede ser fiebre por encima de 38.5, escalofríos, cansancio extremo, dolor general u otro.
El primer punto del tratamiento y que resulta fundamental es el vaciamiento adecuado del pecho. La extracción más eficaz se realiza con la succión del niño por lo que se debe continuar con la lactancia del pecho afecto.
Para el alivio del dolor local y el malestar general se prescribirá antiinflamatorios, como Ibuprofeno.
En caso de no percibirse mejoría en las 24 horas siguientes de realizar drenaje adecuado y tomar antiinflamatorios será necesario comenzar con antibioterapia adecuada (Amoxicilina-clavulánico, Cloxacilina o Clindamicina en caso de alergia).
No existe evidencia que justifique el uso de probióticos como parte del tratamiento de las mastitis.

INTRODUCCIÓN

Definición

Según la literatura médica, mastitis consiste en la inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria, acompañada o no de infección. Dado que la mayoría de mastitis no infecciosas evolucionan a infecciosas muchos autores definen directamente la mastitis como un proceso infeccioso de la glándula mamaria.

En la práctica clínica se define “mastitis aguda” como una región eritematosa, caliente y dolorosa en la mama, acompañada por fiebre mayor de 38.5 ºC, escalofríos y síndrome gripal con malestar general evidente. En la mayoría de los casos se acompaña de lesiones dolorosas en el pezón. Pueden ser tanto unilaterales como bilaterales e incluso una mastitis inicialmente unilateral puede derivar en bilateral.

Aunque la mastitis puede aparecer en cualquier momento de la lactancia, incluso en el segundo año, el 75 – 95% de los casos ocurren en las primeras 12 semanas tras el parto, especialmente entre la segunda y la tercera. Se estima que entre el 3 y 33% de mujeres lactantes desarrollará una mastitis, lo que incrementa la posibilidad de abandono de la lactancia materna. De hecho, las mastitis son en frecuencia la primera causa evitable de destete.

Factores predisponentes
Los factores que resultan en un éstasis de leche predisponen al desarrollo de una mastitis. La obstrucción de algún conducto, tomas poco frecuentes o ineficaces o la separación de madre y recién nacido pueden citarse entre ellos. Otros factores, como la malnutrición, disminución de las defensas o estrés maternos, presión excesiva en los pechos y mastitis previa también se describen como factores que aumentan el riesgo de desarrollar mastitis.

Etiopatogenia
Desde el punto de vista microbiológico se ha demostrado que la leche materna no es estéril estando constituida por cantidad de sustancias que confieren al recién nacido una notable protección frente a enfermedades infecciosas. Staphylococcus, streptococcus y bacterias lácticas se encuentran de forma fisiológica en la leche humana.

Se ha sugerido que las mastitis son producto de una disbiosis bacteriana. Microorganismos no patógenos aumentan su concentración biológica y se disponen en forma de películas biológicas (biofilms) en el epitelio de los acinos y conductos galactóforos. Se reduce así la luz de los conductos, de manera que la presión que ejerce la leche sobre el epitelio inflamado es considerablemente mayor. Como consecuencia de ello, cuando se va acumulando la leche en los conductos o cuando se produce la eyección de esta se siente un dolor en forma de "pinchazos". Si alguno de los conductos llega a obstruirse por completo provocando retención de leche los síntomas locales empeoran pudiendo incluso, si ocurre en alguno de los conductos que drenan al exterior del pezón, observarse a simple vista. Es la estructura que se conoce como ampolla o perla de leche y está formada por calcio y bacterias.
Sthaphylococcus aureus es el principal responsable de las mastitis agudas que cursan con clínica muy evidente. En segundo lugar está el grupo de los streptococcus. Solos o asociados a los staphylococcus están presentes en el 10-15% de los casos de mastitis. Menos frecuente es la implicación de las corinebacterias o de diversas enterobacterias, como Escherichia coli o Klebsiella pneumoniae.

Mastitis "subaguda"
No siempre el cuadro que nos encontramos debuta con clínica tan evidente. En ocasiones el único síntoma que se presenta es dolor, más o menos intenso en la mama, en forma de pinchazos o calambres. Las madres lo describen como "alfileres ardientes". Los síntomas generales están ausentes, no hay afectación sistémica, aunque sí se acompaña, ocasionalmente, de síntomas locales como grietas, enrojecimiento o induración. Suele asociar la percepción de que el bebé saca menos leche y de que las tomas se prolongan mostrándose los niños más irritables y nerviosos. Muy recientemente, en España y con el objetivo de favorecer la comprensión del concepto de mastitis, algunos autores han definido este cuadro como "mastitis subaguda", tomándolo prestado de la literatura referida a estudios bovinos. No obstante, no existen en la actualidad pruebas suficientes de la etiopatogenia de este tipo de mastitis. Ni siquiera que sea responsable del dolor mamario o del escaso aumento de peso del lactante.

Esta afección del pecho que cursa sin signos clínicos llamativos, al menos en su comienzo y con el dolor como único síntoma, a la vez que subjetivo favorece que el problema se infravalore y así muchas mujeres queden sin diagnosticar y sin tratar

generando un sufrimiento innecesario, aumentando el riesgo de complicaciones (absceso mamario, mastitis recurrente, septicemia) y finalizando en ocasiones con el destete innecesario. Por otro lado, al asignarle el término “mastitis subaguda” se está presuponiendo que se trata de un proceso infeccioso lo que conlleva a un tratamiento inadecuado al fallar en la etiología del problema.

OBJETIVOS

Elaborar una guía de actuación que unifique cuidados, desde la más actualizada evidencia científica para la mujer que acude al servicio de urgencias toco-ginecológicas por un cuadro de mastitis.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas en español (revisiones Cochrane, Cuiden plus, Scielo) y en inglés (Pubmed y Cinhal). Se han revisado además otros documentos de interés y guías de práctica clínica.

Para la búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores en ciencias de la salud: mastitis, leche humana, dolor, sthapylococcus aureus. La técnica de búsqueda se baso en la combinación de las palabras claves con los operadores booleanos AND y OR.

RESULTADOS

El diagnóstico de la mastitis es fundamentalmente clínico y se basa en los síntomas. Deben coincidir dos signos o síntomas locales en la mama tales como dolor, calor o rubor y al menos un síntoma generalizado como puede ser fiebre por encima de 38.5, escalofríos, cansancio extremo, dolor general u otro.

Un recuento leucocitario permitiría diferenciar entre éstasis de leche, mastitis no infecciosa e infecciosa.

El diagnóstico diferencial se planteará con una ingurgitación grave, galactoceles, abscesos y cáncer mamario. Puede ser útil para ello la realización de una ecografía mamaria.

No debe realizarse cultivo de leche materna de forma sistemática ante toda sospecha de mastitis. Sí se recomienda su realización ante casos de mala evolución tras 48 horas de tratamiento antibiótico, recurrencia, mastitis de origen nosocomial o si la madre es alérgica a los antibióticos habituales.

El primer punto del tratamiento y que resulta fundamental es el vaciamiento adecuado del pecho. La extracción más eficaz se realiza con la succión del niño por lo que se debe continuar con la lactancia del pecho afecto y de hecho, priorizar su vaciado siendo el primero en ofrecerle al lactante. La leche no está infectada así que la alimentación no supone riesgo alguno para el bebé. Sí se han descrito cambios en el sabor de la leche, por el aumento en la concentración de sodio. Si el bebé lo rechazara, debe extraerse la leche de forma efectiva manualmente o con sacaleches.

Para asegurar un adecuado drenaje recomendaremos a la mujer:

- Realizar tomas frecuentes, iniciándolas por el pecho afecto.

- Posicionar la barbilla del lactante sobre la zona afectada para favorecer así la salida de la leche retenida.
- Masajear el pecho desde la zona bloqueada hasta el pezón.
- Drenar por completo las mamas tras las tomas, de forma manual o con extractor.

Para el alivio del dolor local y el malestar general se prescribirá antiinflamatorios, como Ibuprofeno.

En caso de no percibirse mejoría en las 24 horas siguientes de realizar drenaje adecuado y tomar antiinflamatorios será necesario comenzar con antibioterapia empírica que cubra S. aureus hasta la llegada del cultivo. En nuestro medio es de elección la Amoxicilina-clavulánico 875-1000/125 mg/8h. Como segunda opción está la Cloxacilina 500 – 1000 mg/4-6h y en caso de alergia a betalactámicos Clindamicina 300mg/8h. Es conveniente que el tratamiento se mantenga al menos 10-14 días para que resulte efectivo.

Un porcentaje cada vez mayor de cepas implicadas en las mastitis son resistentes q low betalactámicos por lo que a la llegada del cultivo se adaptará el tratamiento antibiótico si fuese necesario.

En 2014 se publica un protocolo por parte de la Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) que recoge la última evidencia referida al manejo y tratamiento de las mastitis y esquematiza todo lo anterior: (3)

• Primeras 24 horas de fiebre:
- Drenaje frecuente y eficaz del pecho, preferiblemente por el bebé, optimizando la postura y completando el drenaje con sacaleches si fuera necesario.
- Reposo e hidratación.
- Analgésicos/ AINEs (Ibuprofeno 400-600mg/ 6-8h

• Sin mejoría o empeoramiento tras 24 horas:
- Continuar extracción frecuente y eficaz, preferiblemente por el bebé.
- Iniciar antibioterapia empírica frente a S. aureus: Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8h 14 días, Cloxacilina 500 mg/6h 14 días.

• Realizar cultivo de la leche si:
- No hay respuesta al tratamiento en 48 horas
- Mastitis recurrente
- Mastitis nosocomial
- Alergia a los principales antibióticos
- Mastitis muy severa o “extraña”

Manejo de las mastitis agudas basado en el protocolo de la ABM (3)

Se deben recomendar además una serie de medidas generales que apoyen el tratamiento de la mastitis:
- Reposo. Nutrición e hidratación adecuadas.
- Apoyo emocional para afrontar el dolor y la incomodidad y para mantener la lactancia materna.
- Uso de sujetador no apretado.

- Aplicación de calor local antes de las tomas y frío entre ellas para disminuir el edema y el dolor.

Al considerar que la mastitis puerperal sucede por una disbiosis en la microbiota mamaria, el tratamiento con probióticos se ha considerado una buena opción para restablecer el equilibrio. No obstante, no existe en la actualidad consenso ni una clara evidencia que justifique la recomendación de tomar probióticos como parte del tratamiento de una mastitis.

DISCUSIÓN Y APLICACIONES EN LA PRÁCTICA

- El diagnóstico de la mastitis es fundamentalmente clínico.

- El tratamiento de la mastitis se basa en el vaciado completo del pecho, antiinflamatorios y si en 24 horas no hay mejoría antibioterapia adecuada.

- En general, la comunidad científica no acepta el término “mastitis subaguda”.

- El cultivo de leche materna no está indicado en todos los probables casos de mastitis.

Un importante porcentaje de mujeres lactantes sufrirán un cuadro de mastitis a lo largo de su lactancia. De un adecuado manejo, apoyo y tratamiento depende que el problema quede resuelto con éxito o que derive en complicaciones tales como un absceso mamario o un destete innecesario.

El personal de enfermería que ocupa puesto en un servicio de urgencias será el primer contacto de la mujer que acude por mastitis con los servicios sanitarios. La creación y puesta en marcha de protocolos basados en la evidencia y que unifiquen criterios diagnósticos y tratamiento resultan fundamentales para ofrecer una atención eficaz y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Carrera M, Arroyo R, Mediano P, Fernandez 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.
3. Amir L and The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Comittee. Breastfeeding Medicine Vol 9, N 5 2014. ABM Clinical Protocol #4 Mastitis. Revised March 2014
4. Martínez Rubio A, Galbe Sánchez Ventura J, Esparza Olcina MJ. Cuando amamantar duele. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2017;(26):111-9.
5. Vayas R, Carrera L. Actualización en el manejo de las mastitis infecciosas durante la lactancia materna. Rev Clín Med Fam 2012; 5 (1): 25-29