

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Revisión del protocolo de 2019 y adaptación al nuevo formato. Se añade cuándo y cómo realizar cultivo de leche materna, así como su interpretación. Se añade tabla con factores asociados a infección por E. aureus meticilin-resistente.

INDICE

1. Mastitis puerperal
 - a. Epidemiología
 - b. Etiología
 - c. Microbiota mamaria
 - d. Microbiología
 - e. Manifestaciones clínicas
 - f. Diagnóstico
 - g. Diagnóstico diferencial
 - h. Tratamiento
2. Absceso mamario
 - a. Epidemiología
 - b. Microbiología
 - c. Manifestación clínica
 - d. Diagnóstico
 - e. Tratamiento
3. Indicadores de evaluación
4. Bibliografía

1. MASTITIS PUERPERAL

La mastitis es la inflamación del tejido mamario, que puede estar asociada o no a infección y coincidir o no con la lactancia materna, siendo más frecuente en este caso.

Epidemiología: ocurre en el 10% de las lactancias. El 95% de los casos ocurren durante los primeros tres meses, sobre todo entre la 2ª-3ª semana postparto. Existe una mayor incidencia en primíparas. Tiene una tasa de recurrencia del 4-8% y generalmente es unilateral.

Etiología: la mastitis ocurre en los contextos en los que se produce estasis de leche o drenaje deficiente de la mama, lo cual favorece el sobrecrecimiento bacteriano, debido a una disbiosis o alteración de la microbiota normal de la glándula mamaria. La secuencia del proceso es: Inflamación, dolor, evitación, estasis de leche, disbiosis e infección.

Microbiota mamaria: la leche materna no es estéril sino que contiene microorganismos que forman la "microbiota mamaria". Esta es de naturaleza transitoria ya que la glándula solo secreta fluido desde el último trimestre de la gestación hasta el destete.

Las especies más frecuentemente aisladas en leche materna son: estafilococos, estroptococos, enterococo lactococos y lactobacilos, por lo que estos se consideran actualmente la microbiota natural de la leche materna.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

MASTITIS PUERPERAL Y ABSCESO MAMARIO

Microbiología:

- Staphylococcus aureus (causa más frecuente de mastitis aguda y abscesos).
- Staphylococcus epidermidis (causa más frecuente de mastitis subagudas)
- Streptococcus mitis, salivarius.
- Enterococcus (faecalis).
- Corynebacterium.

Manifestaciones clínicas: inflamación, dolor e ingurgitación en la mama, aumento de la sensibilidad, acompañado de síntomas generales como fiebre, escalofríos, mialgias, artralgias y malestar general. En un 10% puede haber linfadenopatía axilar reactiva.

Diagnóstico: el diagnóstico es clínico, basado en la anamnesis y exploración. No son necesarias pruebas de laboratorio. Otras pruebas complementarias:

- Cultivo de leche materna: realizarlo si no hay mejoría clínica tras 48 h de tratamiento antibiótico, en mastitis severas o recurrentes, si existe probabilidad de que se trate de una infección hospitalaria adquirida, riesgo de S. Aureus meticilin-resistente o la paciente es alérgica a antibióticos habituales como flucoxacilina y eritromicina.

Factores asociados a infección por E. aureus meticilin-resistente

FACTORES DE RIESGO PARA COLONIZACIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN-RESISTENTE (MRSA)		
Asociados con cuidados médicos:	Asociados con brotes por: S. Aureus meticilin-resistente	Riesgos adicionales
Hospitalización reciente	Encarcelamiento	Infección por VIH
Residencia en institución de cuidados prolongados	Servicio militar	Adictos a droga por vía parenteral
Cirugía reciente	Compartir equipo deportivo	Uso previo de antibióticos
Hemodiálisis	Compartir agujas, rasuradoras y otros objetos cortantes	

Interpretación de los resultados del cultivo de leche

	Leucocitos < 10 ⁶ /ml de leche	Leucocitos > 10 ⁶ /ml de leche
Bacterias < 2 x 10 ³ /ml de leche	Estasis de leche	Mastitis no infecciosa
Bacterias > 2 x 10 ³ /ml de leche		Mastitis infecciosa

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

MASTITIS PUERPERAL Y ABSCESO MAMARIO

- Hemocultivos: en caso de infección grave (inestabilidad hemodinámica, no respuesta a antibióticos)
- Ecografía: método más eficaz para el diagnóstico diferencial entre la mastitis y el absceso mamario cuando la mastitis no responde a tratamiento antibiótico en 48-72 horas.

Diagnóstico diferencial:

- Ingurgitación mamaria; 2-4º día postparto. Bilateral, autolimitada y con ausencia de fiebre.
- Conducto obstruido; zona elongada indurada y dolorosa al tacto.
- Absceso mamario
- Galactocele

Medidas preventivas: aseguran un adecuado vaciamiento de la mama y por consiguiente prevención de mastitis y abscesos:

- Ofrecer el pecho a demanda del bebé, amamantar frecuentemente empezando por el lado afecto.
- Evitar sujetadores y ropa ajustada que comprima la mama.
- Extracción de la leche residual si el vaciado no es completo o se trata de lactancia mixta.
- Adecuada higiene de manos de la madre.
- Tratamiento de las grietas infectadas con antibioterapia tópica (mupirocina 2%) y si no existe mejoría, tratamiento sistémico.
- Educación maternal respecto a una adecuada técnica de lactancia así como identificación de ingurgitación mamaria, estasis, inflamación o signos de mastitis.
- En mujeres con antecedentes de mastitis durante la lactancia, la administración de probióticos (lactobacillus) en las últimas semanas de gestación disminuye la probabilidad de recurrencia.
- Antiinflamatorios
- Aplicación calor antes de la toma, mejorará el flujo de leche y compresas frías tras la misma para mejorar el dolor y el edema.
- Masajear el pecho durante la toma en dirección al pezón.
- No se recomienda el cese de la lactancia.

Estudios clínicos aleatorizados y controlados con placebo demuestran el beneficio de Lactobacillus salivarius y L. fermentum en parámetros microbiológicos como reducción de Staphylococcus y parámetros clínicos como reducción de mastitis (51%) y dolor.

Tratamiento: la mastitis con síntomas leves debe tratarse inicialmente con medidas conservadoras y en caso de no respuesta tras 24 horas añadir tratamiento antibiótico.

Si se sospecha mastitis aguda infecciosa se debe iniciar de forma precoz el tratamiento antibiótico junto a las medidas conservadoras.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

MASTITIS PUERPERAL Y ABSCESO MAMARIO

Si hay criterios de infección grave como inestabilidad hemodinámica, se trata de una infección nosocomial o no hay buena respuesta al tratamiento ambulatorio inicial se requiere ingreso y administración intravenosa del tratamiento.

Pautas antibióticas recomendadas:

Infección no grave sin factores de riesgo para SARM (S.Aureus meticilin resistente):

- Cloxacilina (500mg / 6h)
- Cefalexina (500mg/6h)
- Alergia a betalactámicos: Clindamicina (300-450mg /8h)

Infección no grave con factores de riesgo para SARM:

- Clindamicina (300-450mg/8h)
- Trimetoprim-sulfametoxazol (160/800mg/12h). Precaución en prematuros, recién nacidos con hiperbilirrubinemia (puede provocar ictericia y kernicterus) y déficit de glucosa 6 fosfatodeshidrogenasa.

Infección grave:

- Ingreso hospitalario con vancomicina (15-20mg/kg/iv c/8-12h, sin exceder los 2g por dosis) o
- Antibioterapia específica en función del antibiograma.

La duración del tratamiento es controvertida, de 10-14 días reduce el riesgo de recurrencia, pero se pueden utilizar regímenes más cortos 5-7 días si la respuesta al tratamiento es rápida y completa. Si no se produce una mejoría clínica en 48-72h se deberá descartar un absceso subyacente.

2. ABSCESO MAMARIO

Colección localizada de exudado inflamatorio en el tejido mamario. Debe sospecharse en caso de progresión de la infección y persistencia de una zona enrojecida, dolorosa, bien definida y fluctuante, a pesar del tratamiento.

Epidemiología: tiene una incidencia del 3-11% como complicación de una mastitis aguda.

Microbiología: al igual que en las mastitis, el Staphylococcus aureus es el más frecuente.

Manifestación clínica: inflamación localizada y dolorosa de la mama asociada con fiebre y malestar general, junto con una masa palpable, sensible y dolorosa.

Diagnóstico: clínico apoyado por pruebas complementarias como:

- Ecografía: Colección hipoecogénica bien delimitada e irregular.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

MASTITIS PUERPERAL Y ABSCESO MAMARIO

- PAAF: Salida de material purulento.
- Cultivo de leche materna: nos aporta el diagnóstico microbiológico y el tratamiento.

Tratamiento: el manejo consiste en el drenaje junto con antibióticos frente a estafilococo.

- Aspiración con aguja fina bajo control ecográfico: se sugiere como de elección si la piel adyacente tiene un aspecto normal y el tamaño es menor de 5 cm. Se realiza con anestesia local, tras evacuar el absceso se instilará en la cavidad anestésico local para diluir el material purulento y se realizará una nueva aspiración. Es igual de eficaz que el drenaje por cirugía, necesitando además un menor tiempo de curación. Aunque es posible necesitar varias aspiraciones seriadas para resolver el cuadro. Simultáneamente se administrará tratamiento antibiótico.
- Drenaje quirúrgico: si la piel circundante está isquémica o necrótica, abscesos mayores a 5 cm, abscesos múltiples, en los casos resistentes a antibióticos o falta de respuesta a aspiración con aguja (evolución insatisfactoria tras una semana).
- Antibioterapia: mismo régimen que las mastitis puerperales (tratamiento empírico activo frente al *S. aureus*) y posteriormente adecuar al resultado del cultivo y antibiograma. Duración del tratamiento de 10 a 14 días desde el drenaje.

No está indicado suspender la lactancia materna. Es importante realizar un vaciamiento adecuado de la mama afecta mediante sacaleches o expresión manual y manteniendo la lactancia materna del pecho mediante la succión del recién nacido.

3. INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Mantenimiento lactancia	% Casos de mastitis que continúa con lactancia materna	Audit, muestreo, Diraya, etc	>95%

4. BIBLIOGRAFÍA

1. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Infecciones de la mama relacionadas con la lactancia. Guía de Asistencia Práctica SEGO. Actualizado en octubre 2018. Disponible en: www.sego.es
2. Mastitis y absceso mamaria lactacional. Guía prioam 2018 (<http://guiaprioam.com/indice/mastitis-y-absceso-mamario-lactacional/>)
3. Chen Chen, Li-bo Luo, Dan Gao, Rui Qu, You-ming Guo, Jin-long Huo, et al. Surgical drainage of lactational breast abscess with ultrasound guided Encor vacuum-assisted breast biopsy system. The Breast Journal. 2019
4. J. Michael Dixon. Lactational mastitis. Uptodate [Internet]. Junio 2018. Disponible en: www.uptodate.com

PROCOLOS ASISTENCIALES

MASTITIS PUERPERAL Y ABSCESO MAMARIO

5. J. Michael Dixon. Primary breast abscess. Uptodate [Internet]. Octubre 2019. Disponible en: www.uptodate.com

Autores	Dr. Revelles, Fernández Castañeda, Valverde		
Fecha elaboración	Fecha 20/05/2024	Vigencia	20/05/2027