

MASTITIS, CAUSA DE ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA.

MASTITIS, CAUSE OF ABANDONMENT OF BREASTFEEDING.

Autor:

Miranda Moreno M.D.(1) Bonilla García, A.M.(2); Rodríguez Villar, V.(3)

Institución:

(1)Servicio Andaluz de Salud. m.d.miranda@hotmail.com

(2)Generalitat Valenciana

(3)Servicio Andaluz de Salud

Resumen:

La mastitis se define como una inflamación aguda del tejido conjuntivo interlobular dentro de la glándula mamaria con una incidencia del 10%. En España la causa médica más importante en el abandono de la LM es la mastitis. La respuesta del sistema inmunitario del hospedador y su interacción con la cepa bacteriana que causa la infección, la administración de antibióticos sin una base racional son los dos factores que más predisponen a la aparición de mastitis. El tratamiento para la mastitis infecciosa debería iniciarse tras haber realizado un análisis microbiológico y continuando con la lactancia materna.

Palabras Clave:

Lactancia, infección, análisis microbiológico, mastitis.

Abstract:

Mastitis is defined as an acute inflammation of interlobular connective tissue in the mammary gland with an incidence of 10%. In Spain the most important in the abandonment of the LM mastitis. The medical cause is the response of the host immune system and its interaction with the bacterial strain causing the

infection, administration of antibiotics without a rational basis are the two factors most predispose to mastitis. Treatment for infectious mastitis should start after making a microbiological analysis and continuing with breastfeeding.

Key Words:

Lactation, infection, microbiological analysis, mastitis.

1. INTRODUCCIÓN.

En los últimos años hemos asistido a una progresiva defensa y apoyo de la lactancia materna (LM). La OMS ha recomendado la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y mantener la lactancia junto con la alimentación complementaria dos años o más. En España, sin embargo, la duración media de la lactancia sigue siendo corta, produciéndose un abandono muy alto en las primeras semanas, por lo que el número de madres que llegan a los 6 meses con LM exclusiva es bajo. . En nuestro país la causa médica más importante en el abandono de la LM es la mastitis.

La mastitis se define como una inflamación aguda del tejido conjuntivo interlobular dentro de la glándula mamaria con una incidencia del 10%. En la mayoría de los casos, las mastitis son el resultado de una disbacteriosis. Entre las bacterias que se aíslan con mayor frecuencia las bacterias que se aíslan con mayor frecuencia, destacan diversas especies de los géneros *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Lactococcus*, *Lactobacillus*, *Weissella* y *Leuconostoc*.

2. FACTORES PREDISPONENTES

En la actualidad sabemos que hay dos factores que son los que principalmente predisponen a la aparición de mastitis:

- a) la respuesta del sistema inmunitario del hospedador y su interacción con la cepa bacteriana que causa la infección
- b) la administración de antibióticos sin una base racional.

La glándula mamaria se coloniza con bacterias procedentes del intestino materno durante el último tercio del embarazo. Al aplicar el antibiótico, desaparecen las bacterias sensibles pero se seleccionan las resistentes que

alcanzan concentraciones muy superiores a las normales, lo que conduce a una mastitis infecciosa.

Se ha observado un aumento de mastitis asociadas a antibioterapia, que se suelen caracterizar por una presentación mucho más precoz que las mastitis infecciosas. Parece ser que puede deberse este aumento a un uso inadecuado del protocolo para prevención de las sepsis neonatales por estreptococos del grupo B (EGB). A la semana 36 de gestación aproximadamente se realiza un cultivo del exudado vagino-rectal con el fin de determinar la presencia del EGB, en caso de ser positivo se administra un antibiótico durante el parto. Este protocolo es muy eficaz para disminuir la tasa de sepsis neonatal pero debería revisarse el uso de forma indiscriminada. Sólo el 1-2% de los niños nacidos de mujeres EGB-positivas (que no reciben profilaxis) desarrollan sepsis.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que el tratamiento antibiótico se administre únicamente a mujeres EGB-positivas que presenten los siguientes factores de riesgo:

Parto prematuro (menos de 37 semanas)

Rotura prematura o prolongada (18 h) de membranas

Fiebre intraparto superior a 38 °C,

Bacteriuria por EGB y/o

Haber tenido previamente un hijo que desarrolló una sepsis por EGB.

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Cuando una mujer presenta dolor al mamar hay que valorar que la postura sea correcta o si hay algún tipo de problema. También debería recogerse una muestra para descartar una mastitis infecciosa

Pasos a seguir para recoger la muestra:

1. Recoger muestra antes de la toma. La recogida se debe efectuar mediante presión manual. No deben usarse sacaleches, ya que pueden ser una fuente importante de microorganismos ajenos a la glándula mamaria. Por tanto, su presencia puede enmascarar los verdaderos agentes responsables de una mastitis. En general, los microorganismos contaminantes suelen ser enterobacterias, pseudomonas spp. y levaduras, que sin embargo están ausentes o presentes en concentraciones muy bajas en la leche humana.
2. Higiene de manos antes de la recogida, que se realizará manualmente sin ningún recipiente intermediario.
3. Se empleará un bote estéril (orina).
4. El volumen necesario es de 1ml.
5. Identificar la muestra.
6. La muestra puede permanecer refrigerada hasta 1h. Si el tiempo de entrega va a ser superior, 12h a 4°C resto a -20°C.

4. TRATAMIENTO

El tratamiento para la mastitis infecciosa debería iniciarse tras haber realizado un análisis microbiológico y para conocer los principios activos compatibles con la lactancia, resulta particularmente útil la página web creada por el Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta (Denia, Alicante) (<http://www.e-lactancia.org>), en la que se puede consultar la compatibilidad o no de la lactancia materna con prácticamente todos los medicamentos comercializados en la actualidad.

Errores más frecuentes en el manejo terapéutico:

Pautar un antibiótico de forma empírica, habitualmente un betalactámico o un antifúngico.

Indicar la suspensión de la lactancia ante el desconocimiento de los medicamentos compatibles con la lactancia por parte de algunos profesionales.

Indicar el destete por miedo a efectos negativos en el lactante. Los datos disponibles muestran que la calidad nutritiva y funcional de la leche de una mujer con mastitis es superior a la de la leche artificial. Hay que tener en cuenta que el intestino infantil contiene una concentración bacteriana mucho más elevada que la presente en la leche mastítica, por lo que el impacto de un exceso de estafilococos y estreptococos resulta insignificante.

En la gran mayoría de casos el único síntoma es el dolor intenso, acompañado ocasionalmente de síntomas locales (grietas, zonas induradas), pero sin síntomas sistémicos. Esta ausencia de datos clínicos llamativos y el hecho de que un síntoma subjetivo, como es el dolor, sea la única queja en muchas mujeres favorece que muchos casos queden sin diagnosticar y por tanto sin tratar, generando un sufrimiento innecesario, aumentando el riesgo de complicaciones (absceso mamario, mastitis recurrente, septicemia) y acabando en ocasiones en el abandono innecesario de la lactancia.

Una idea ampliamente difundida es la unilateralidad de las mastitis, cuando en realidad pueden ser tanto unilaterales como bilaterales, e incluso una mastitis inicialmente unilateral puede derivar en bilateral.

Se ha propuesto el uso de probióticos los cuales consisten en bacterias como lactobacilos presentes habitualmente en la leche materna pero que en una situación de mastitis no se encuentran o están muy disminuidos. Según diversos investigadores, el tratamiento exclusivamente con lactobacilos está indicado en los casos de mastitis leve o moderada, mientras que cuando la dolencia es más grave es preferible la acción combinada con antibióticos compatibles con la lactancia

Los principios fundamentales del tratamiento de la mastitis son:

- Consejos de apoyo. La mastitis es una experiencia dolorosa y frustrante, y hace que muchas mujeres se sientan muy enfermas. La mujer necesita apoyo

emocional. Puede haber recibido consejos contradictorios de los agentes de salud, puede que se le haya aconsejado suspender la lactancia materna o que no haya recibido ninguna orientación. Necesita reafirmar el valor de la lactancia natural, que es seguro continuar, que la leche del pecho afectado no dañará a su hijo. Necesita el estímulo de que vale la pena el esfuerzo de superar sus actuales dificultades. Necesita una orientación clara acerca de todas las medidas necesarias para el tratamiento, y de cómo continuar amamantando o extrayendo la leche del pecho afectado. Necesitará un seguimiento para recibir apoyo y orientación continuados hasta que se haya recuperado completamente.

- Vaciamiento eficaz de la leche.

Ayudar a la madre a mejorar el agarre de su hijo al pecho. Animarle a amamantar frecuentemente, tan a menudo y tanto tiempo como el niño esté dispuesto a hacerlo, sin restricciones. Si es necesario, extraer la leche del pecho manualmente, con un sacaleches o con una botella caliente, hasta que se reanude la lactancia al pecho

- Tratamiento antibiótico cuando este indicado.

- Tratamiento sintomático. Debe tratarse el dolor con analgésicos. El ibuprofeno se considera el más eficaz, y puede ayudar a reducir tanto la inflamación como el dolor. El paracetamol es una alternativa adecuada. El descanso se considera esencial y debe hacerse en la cama si es posible. El descanso en la cama con el niño, ayuda a la propia mujer y es una manera útil de aumentar la frecuencia de las tomas, que puede así mejorar el vaciamiento de la leche.

5. CONCLUSIONES

Tanto los cultivos de leche materna, como el uso de los medicamentos probióticos, están demostrando tener un impacto positivo en el diagnóstico y tratamiento de la mastitis, contribuyendo a la seguridad de la madre y del bebé y disminuyendo la tasa de abandono de la LM por esta causa.

Cuando una mujer tiene una mastitis o un absceso mamario, es importante el mantenimiento de la lactancia al pecho tanto para su propia recuperación como para la salud de su hijo. El interrumpir el amamantamiento durante un ataque de mastitis no ayuda a la madre a recuperarse por el contrario, existe el riesgo de que ello empeore la afección. Además, si una mujer interrumpe la lactancia al pecho antes de estar preparada emocionalmente, puede sufrir una alteración emocional importante.

Las madres necesitan saber cómo reconocer los signos precoces de mastitis, de estasis de la leche y de conductos bloqueados, y qué es lo que pueden hacer en casa para tratarse y para prevenir que la afección empeore. Necesitan saber cuándo buscar ayuda experta para la afección, y es importante que los agentes de salud o los consejeros de lactancia, quienes entienden la afección y pueden prestar la ayuda apropiada y adecuada, estén disponibles.

Siempre que sea posible debería continuar la lactancia materna, tanto para mejorar el vaciamiento de la leche como para ayudar a que se resuelva la afección, y para beneficio del niño. La infección bacteriana o de otro tipo, si se presenta, debería tratarse con un agente antimicrobiano apropiado, pero esto debería hacerse además de y no como alternativa a las técnicas que garantizan un vaciamiento eficaz de la leche.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson JE, Held N, Wright K. Raynaud's phenomenon of the nipple: a treatable cause of painful breastfeeding. *Pediatrics*. 2004; 113: 360-364.
2. Baker C, Edwards M. Group B streptococcal infections. En: Remington J, Klein J, eds. *Infectious diseases of the fetus and newborn infant*. Filadelfia: WB Saunders, 1995.
3. Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I) y (II). *Acta Pediatr Esp*. 2009; 67(2):77-84.
4. García-Pintor, S., García-García, M., & Fernández-Adarve, S. Mastitis: Avances en el Diagnóstico y Tratamiento.
5. Jiménez, E., Delgado, S., Arroyo, R., Fernández, L., & Rodríguez, J. M. (2009). Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (II). *Acta Pediatr Esp*, 67(3), 125-132.
6. Rodríguez JM, Jiménez E, Merino V, Maldonado ML, Marín ML, Fernández L, et al. Microbiota de la leche humana en condiciones fisiológicas. *Acta Pediatr Esp*. 2008; 66: 77-82.
7. Sánchez, J. S., Gallardo, E. M., Luna, M. T., Galán, P. M., Jiménez, I. C., & Martínez, D. V. Manejo de la mastitis en la mujer lactante.
8. Vayas Abascal, R., & Carrera Romero, L. (2012). Actualización en el manejo de las Mastitis Infecciosas durante la Lactancia Materna. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 25-29.

