

Manejo de la mastitis puerperal.

Prieto Lorenzo V*, Fraile Isart A.**

* *Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Nueva. Unidad Docente de Zamora. Zamora (España).*

** *Enfermera Especialista Matrona. GAP de Salamanca. Salamanca (España).*

Correspondencia: vprietol@saludcastillayleon.es

RESUMEN

La mastitis es una afección inflamatoria del pecho, causada principalmente por la estasis de leche, asociada a infección o no, debida a diferentes factores.

Hemos realizado una revisión bibliográfica con los objetivos de conocer la evidencia científica existente acerca del manejo de la mastitis puerperal y averiguar si es beneficioso el mantenimiento de la lactancia materna durante el proceso.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Cochrane, PubMed y Trip Database, consultándose además guías y protocolos.

En cuanto a los resultados obtenidos, no hemos hallado evidencia suficiente en la literatura para valorar el impacto del tratamiento antibiótico, aunque se sugiere su uso. Además recomiendan vaciado frecuente y efectivo de la mama, reposo, analgesia y medidas físicas. Continuar con la lactancia materna no afecta negativamente; incluso podría ser beneficioso.

Como conclusiones destacamos la necesidad de continuar la investigación acerca de la mastitis puerperal y su manejo, así como promocionar la lactancia materna entre los profesionales y las mujeres, para prevenir la mastitis y saber cómo actuar ante ella.

PALABRAS CLAVE

Mastitis. Lactancia materna. Antibióticos.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la mastitis es una afección inflamatoria de la mama, la cual puede o no asociarse a infección¹. La incidencia varía entre los estudios consultados, pues según Buescher entre un 2% y un 33% de las mujeres que dan el pecho desarrollarán mastitis lactacional², mientras otros sitúan la incidencia de un 10% a un 20% en los seis primeros meses postparto. La mayoría de las mastitis tienen lugar en las primeras ocho semanas postparto, pero pueden ocurrir en cualquier momento durante la lactancia materna (LM). Aproximadamente un 3% de las mastitis evolucionan a absceso de mama³.

La principal causa de mastitis puerperal es la estasis de leche asociada a infección o no^{4,5}, que puede deberse a agarre inadecuado, ingurgitación mamaria y restricción o pérdida de tomas, entre otras¹. La mastitis se manifiesta clínicamente como dolor unilateral, hinchazón, eritema, edema y sensibilidad mamarios⁵.

El diagnóstico es clínico, con los síntomas anteriormente descritos, acompañados de un cuadro pseudogripal y fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ ³.

OBJETIVOS

Esta revisión bibliográfica no sistemática tiene como objetivo principal conocer la evidencia científica sobre el manejo de la mastitis puerperal. El objetivo secundario será responder a la cuestión de si es beneficioso mantener la lactancia materna durante

la mastitis puerperal, dado que es una consulta frecuente de las madres a profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos: Cochrane, PubMed, y Trip Database. Aparte de eso fueron consultados guías y protocolos nacionales e internacionales de lactancia materna y búsqueda de literatura gris.

En la biblioteca Cochrane Plus se obtuvieron tres revisiones sistemáticas buscando "mastitis" en título y resumen.

En PubMed los términos Mesh de búsqueda fueron "mastitis postpartum" y "breasfeeding" con el operador booleano AND, y limitamos la búsqueda al material publicado durante los últimos cinco años en humanos, con filtros de ensayo clínico aleatorizado, metaanálisis y revisiones sistemáticas. Se obtuvieron cinco resultados en búsqueda general (ANEXO I).

En Trip Database se utilizó la herramienta de pregunta PICO, con población "mastitis" e intervención "breasfeeding". Se obtuvieron un total de 12 resultados: dos revisiones sistemáticas, dos guías de práctica clínica, un ensayo clínico aleatorizado, seis búsquedas primarias y un estudio en curso.

RESULTADOS

"Mastitis, causas y manejo" (OMS):

Se trata de un conjunto de recomendaciones de la OMS, publicada en el año 2000. La primera parte de la guía está enfocada a la prevención de la mastitis por medio de medidas higiénicas y educativas. En cuanto al tratamiento, en primer lugar coloca el apoyo a la mujer y promoción de la lactancia materna, intentando desterrar mitos como que la leche del pecho afecto dañe al lactante. Respecto a medidas posturales, desarrolla técnicas de vaciamiento eficaz de la leche. El tratamiento antibiótico, según la OMS, está indicado si el cultivo de la leche demuestra infección, los síntomas son graves desde el inicio, hay grietas o los síntomas no remiten tras 12-24 h de mejora del vaciamiento. Por último, respecto al tratamiento sintomático proponen analgesia, reposo y medidas físicas.

"Guía de práctica clínica de atención al embarazo y puerperio" (Sistema Nacional de Salud -SNS-):

Nuestro propio SNS editó por última vez en el año 2014 esta guía de práctica clínica que revisa la evidencia disponible para orientar a los profesionales. Los hallazgos son similares a los que encontramos realizando esta revisión, es decir: no existe evidencia suficiente para evaluar el impacto del tratamiento antibiótico, pese a lo cual la guía sugiere utilizarlo además del mantenimiento de lactancia con un vaciado frecuente para resolver la mastitis infecciosa.

"Case-control study of risk factors in Spanish breastfeeding":

Se trata de una revisión reciente de casos publicados en nuestro país sobre mastitis lactacional, evaluando posteriormente los factores de riesgo para desarrollar esta afección. El único factor de riesgo establecido fue la separación del niño y la madre más de 24 horas en el postparto. Los factores potenciales fueron el parto por cesárea, el uso de antibióticos intraparto y la anestesia epidural, que se sospecha que está relacionada con dificultades a la hora de establecer la LM. Las conclusiones de este estudio fueron que la mastitis es menos frecuente en mujeres que inician la lactancia inmediatamente tras el parto, por lo que el tiempo de inicio es fundamental. La lactancia exclusiva protegería de la mastitis, y todos los factores que interfieren con la succión aumentan el riesgo de padecerla.

"Antibiotics for mastitis in breastfeeding women" (revisión Cochrane):

El objetivo de esta revisión era valorar la efectividad de la terapia antibiótica aliviando síntomas de las mujeres lactantes con mastitis. Se revisaron dos estudios, con cerca de 100 pacientes, aunque en uno de ellos en realidad se evaluaron "mamas afectadas", siendo éstas un total de 165. En el de Hager (1996) se comparó amoxicilina versus cefradina (cefalosporina de 1ª generación), sin significación a favor de ninguno de los dos brazos.

En el de Thomsen (1984) se comparaba la duración del cuadro usando antibiótico más vaciado, sólo vaciado y ningún tratamiento, resolviéndose la sintomatología antes con tratamiento antibiótico y vaciado. El resultado final del metaanálisis fue que no hay evidencia suficiente para evaluar el efecto de los antibióticos en el tratamiento de las mastitis. Por otra parte, los estudios observacionales sugieren que el tipo de antibiótico prescrito depende de las preferencias del médico, sin evidencia científica.

“Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women” (revisión Cochrane):

Cuatro estudios, de entre 2004 y 2013 fueron revisados, incluyendo un total de 656 mujeres. En estos estudios se comparaba el uso en mastitis puerperales de diferentes intervenciones tópicas (lanolina, glicerina, leche materna) con la información y cuidados usuales. Ningún estudio concluyó tener evidencia suficiente para recomendarlo en intervención de pezones dolorosos o lesionados. No obstante, independientemente del tratamiento utilizado, para muchas mujeres el dolor se redujo a los 7-10 días postparto.

“Interventions for preventing mastitis after childbirth” (revisión Cochrane):

Esta revisión está enfocada a evaluar intervenciones que puedan prevenir la mastitis lactacional, ya que es una de las principales causas del cese de la lactancia materna, de la que han quedado sobradamente demostrados los beneficios. Cinco estudios, con un total de 960 mujeres, fueron incluidos. Las intervenciones incluían uso preventivo de antibióticos (comparando dosis entre sí y contra placebo), tratamiento tópico y educación maternal.

No se halló evidencia suficiente de la efectividad de ninguna de las intervenciones como para poderlas recomendar en la práctica. Sin embargo, sí que fue significativo el aumento de la lactancia en aquellas mujeres que recibieron educación maternal, y se recomienda el incremento de políticas de LM basadas en la evidencia a partir de futuros ensayos clínicos aleatorizados.

“Re-examination of old truths: replication of a study to measure the incidence of lactational mastitis in breastfeeding women”:

Se trata de un estudio observacional de 2013 que reproduce otro del año 1990 de Riordan et al., nombrado a menudo para situar la incidencia de mastitis en un 33%. Al reproducir este estudio los resultados sorprendentemente para los autores fueron los mismos, pero dado que se trata de recogida de datos retrospectiva y en diferentes años, la conclusión final fue que no se puede considerar como incidencia, por lo que recomiendan no incluir los datos de Riordan et al. al hablar de incidencia de mastitis.

“Effectiveness of topical curcumin for treatment of mastitis in breastfeeding women: a randomized double blind, placebo controlled trial:

El estudio compara dos grupos de mujeres con mastitis lactacional: a uno (31 mujeres) se le aplica

curcumina tópica cada 8 h durante tres días, y al grupo placebo (32 pacientes) hidratante tópico. El resultado obtenido fue que en el grupo de mujeres al que se aplicó curcumina disminuyeron los marcadores de mastitis como dolor, tensión y eritema tras 72 h, por lo que se podría aplicar de forma segura en mastitis lactacional tras excluir causas infecciosas.

DISCUSIÓN

Respecto al primer objetivo de nuestro trabajo, conocer la evidencia científica sobre el manejo de la mastitis puerperal, los resultados obtenidos mostraron que el nivel de evidencia actual no es suficiente. Por lo tanto haría falta llevar a cabo más estudios que delimitasen concretamente la mastitis puerperal, para, en primer lugar, evaluar causas e incidencia, y posteriormente proponer un tratamiento sintomático y causal unificado.

El segundo objetivo era responder a si es beneficioso el mantenimiento de la lactancia durante la mastitis puerperal. En cuanto a esto la mayoría de los estudios que hemos revisado sugieren continuar con la lactancia, dado que esto no repercute negativamente en el cuadro clínico e incluso podría favorecer la recuperación.

CONCLUSIONES

La principal conclusión de nuestra revisión coincide con las de otras consultadas sobre el mismo tema: la necesidad de continuar ampliando la investigación sobre el manejo de la mastitis puerperal, dada la frecuencia de consultas que motiva y la falta de acuerdo entre los distintos profesionales sobre cómo actuar al respecto. De hecho la OMS manifiesta que los profesionales *“son a menudo incapaces de ayudar a que una mujer con esta afección siga amamantando y podrían, por tanto, aconsejarle innecesariamente suspender la lactancia”*¹.

Por lo tanto sugerimos hacer más hincapié en la formación para la lactancia materna, tanto a las mujeres como a los profesionales, no sólo para la promoción de la alimentación al pecho, sino también para saber cómo prevenir la mastitis puerperal y cómo solucionarla de manera efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Mastitis: Causes and Management. Publication number WHO/FCH/CAH/00.13. World Health Organization, Geneva, 2000.

2. Buescher ES, Hair PS. Human milk anti-inflammatory component contents during acute mastitis. *Cell Immunology* 2001; 210:87-95.

3. Mastitis and breast abscess, Policy, Guideline and Procedure Manual, The Royal Women's Hospital, 2012, Victoria

4. Gunther M. Discussion on the breast in pregnancy and lactation. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1958, 51(Section of General Practice):305-309.

5. Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD005458. DOI: 10.1002/14651858.CD005458.pub3.

6. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD007366. DOI: 10.1002/14651858.CD007366.pub2.

7. Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD007239. DOI: 10.1002/14651858.CD007239.pub3.

8. Case-control study of risk factors for infectious mastitis in Spanish breastfeeding women. Mediano et al. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14: 195

9. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10

10. Kvist LJ. Re-examination of old truths: replication of a study to measure the incidence of lactational mastitis in breastfeeding women. *Int Breastfeeding J*. 2013; (1): 2.

11. Abou-Dakn M, Richardt A, Schaefer-Graf U, Wöckel A. Inflammatory Breast Diseases during Lactation: Milk Stasis, Puerperal Mastitis, Abscesses of the Breast, and Malignant Tumors - Current and Evidence-Based Strategies for Diagnosis and Therapy. *Breast Care*. 2010; 5(1):33-7.

12. Afshariani R, Farhadi P, Ghaffarpasand F, Roozbeh J. Effectiveness of Topical Curcumin for Treatment of Mastitis in Breastfeeding Women: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Oman Med J*. 2014; 29(5):330-4

13. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2.

14. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2.

15. Fetherston C. Risk factors for lactation mastitis. *J Hum Lact*. 1998;14(2):101-9.

16. Zablocki JA. Breastfeeding and mastitis. *Can Fam Physician*. 1997; 43:1711, 1713.

17. Cabou A, Babineau S, St Anna L. Clinical inquiry: what's the best way to relieve mastitis in breastfeeding mothers?. *J Fam Pract*. 2011 Sep; 60 (9):551-2.

ANEXO I Detalles de la búsqueda en PubMed

```
("mastitis"[MeSH Terms] OR "mastitis"[All Fields]) AND ("postpartum period"[MeSH Terms] OR ("postpartum"[All Fields] AND "period"[All Fields]) OR "postpartum period"[All Fields] OR "postpartum"[All Fields])) AND ("breast feeding"[MeSH Terms] OR breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields] OR "breastfeeding"[All Fields]) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR Randomized ("breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields] OR "breastfeeding"[All Fields]) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2011/03/30"[PDat] : "2016/03/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])
```