



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Trabajo Fin de Grado

Revisión bibliográfica: Atención de Enfermería en
mujeres con mastitis puerperal.

Autora

Vanessa Laín Carnicer

Directora

Nuria Puig Comas

Año 2020/2021

"La enfermera es, temporalmente, la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo y así sucesivamente".
Principios básicos de los cuidados en Enfermería, Virginia Henderson.

ÍNDICE

	Páginas
1. RESUMEN.....	4
2. ABSTRACT	5
3. INTRODUCCIÓN	6
4. OBJETIVOS.....	7
4.1. Objetivo general	7
4.2. Objetivos específicos	7
5. METODOLOGÍA.....	7
6. DESARROLLO	9
6.1. Técnicas de amamantamiento eficaz.....	9
6.2. Cuidados de Enfermería a mujeres con problemas tempranos en las mamas.....	9
6.3. Factores predisponentes de la mastitis	10
6.4. Ingurgitación o congestión mamaria	12
6.5. Obstrucción del conducto galactóforo	14
6.6. Mastitis no infecciosa	15
6.7. Mastitis subclínica.....	16
6.8. Mastitis infecciosa.....	16
6.9. Absceso mamario	19
7. CONCLUSIONES.....	20
8. BIBLIOGRAFÍA	22
9. ANEXOS.....	27
Anexo I. Técnicas de lactancia para prevenir la mastitis.....	27
Anexo II. Clasificación etiológica de las mastitis.....	32

1. RESUMEN

Introducción

La mastitis puerperal es una afección inflamatoria de las glándulas mamarias caracterizada por mamas calientes, enrojecidas, sensibles e hinchadas, junto con síntomas similares a los de la gripe. Se produce por una extracción ineficaz, ocasionando la estasis de leche y diseminación de la infección. Suele aparecer entre la segunda y tercera semana posparto y se considera uno de los principales motivos del abandono precoz de la lactancia.

Objetivo principal

Realizar una revisión bibliográfica sobre las causas de la mastitis puerperal, los factores predisponentes y el abordaje desde el papel de enfermería.

Metodología

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo durante los meses de diciembre de 2020 y enero y febrero de 2021 en las bases de datos Dialnet, SciELO, Cochrane Library y PubMed. Además se realizó una búsqueda manual en bibliotecas y diferentes páginas web. Se utilizaron un total de 25 documentos para elaborar la revisión.

Desarrollo

Las causas más frecuentes de la mastitis son la estasis de la leche y la infección, esto se puede corregir con un vaciamiento eficaz, mediante una correcta técnica de succión y lactancia a demanda, junto con el tratamiento sintomático con antiinflamatorios, antitérmicos y antibióticos.

Conclusiones

Las matronas y/o los profesionales que proporcionan atención materno-infantil deben aportar sus conocimientos, consejos y apoyo a las madres para lograr así una lactancia adecuada.

Palabras clave: "Lactancia materna", "Mastitis", "Ingurgitación", "Infección puerperal", "Enfermería".

2. ABSTRACT

Introduction

Puerperal mastitis is an inflammatory condition of the mammary glands characterized by warm, reddened tender swollen breasts, with similar flu-symptoms. It is produced by an ineffective milk extraction which causes stasis and a dissemination of infection. It usually appears between the second and the third postpartum week and it is considered one of the main reasons for early withdrawal of breastfeeding.

Objectives

The main objective is to carry out a bibliographic review on the causes of puerperal mastitis, predisposing factors and the approach from the nursing role.

Methodology

The bibliographic review was conducted during the months of December 2020 and January and February 2021 in the databases Dialnet, SciELO, Cochrane Library and PubMed. In addition, a manual search was carried out in libraries and different web pages. A total of 25 documents were used to prepare the review.

Development

The most frequent causes of mastitis are milk stasis and infection, this can be corrected with a right emptying through a correct technique of suction and breastfeeding without restrictions, along with symptomatic treatment with anti-inflammatory, antipyretic and antibiotics.

Conclusions

Midwives and/or professionals who provide maternal and child care should provide their knowledge, advice and support to mothers in order to achieve adequate breastfeeding.

Key words: "Breastfeeding", "Mastitis", "Engorgement", "Puerperal infection", "Nursing".

3. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la lactancia natural como la alimentación del lactante con leche materna, se denomina exclusiva cuando se alimenta únicamente de ella (1).

La superioridad sobre la leche de fórmula viene determinada por su composición, adaptándose a las necesidades del lactante, que varían a lo largo de la lactancia, del día y de la toma (2).

La lactancia materna puede implicar problemas tempranos en las mamas, como la estasis láctea, que puede evolucionar hacia una ingurgitación y posteriormente si no se ha solucionado producir una mastitis (1,3).

La retención de leche favorece los cambios de su composición y ayuda a sus componentes a pasar al espacio circundante en los alveolos, causando una respuesta inflamatoria (4).

La mastitis es una inflamación de la mama, acompañada o no de infección, asociada con el amamantamiento, denominada mastitis puerperal o de la lactancia. Aparece durante la segunda y tercera semana del postparto, aunque puede ocurrir en cualquier momento mientras se amamanta (5,6).

Su incidencia aproximada ronda entre 2-33% y el 80% de los casos presentan lesiones en el pezón, el riesgo de recurrencia en mujeres con mastitis previas es mayor y un 7-12% progresa a una mastitis crónica o recurrente (3).

Actualmente se promueve la lactancia materna por su importancia tanto para la madre como para el bebé desde el punto de vista nutricional, afectivo, de desarrollo y de prevención de ciertas patologías (7).

Muchas mujeres desconocen que una técnica inadecuada de lactancia puede ocasionar problemas tempranos en las mamas, por ello es importante el papel de la matrona y/o los profesionales que proporcionan atención materno-infantil en la detección de los primeros síntomas y para promover cuidados que impidan su aparición (5,7).

Los principales factores que influyen en la aparición de mastitis son episodios previos de mastitis, un mal agarre al pecho, grietas en el pezón, horarios restrictivos de tomas, ingurgitación y la obstrucción de un conducto (5).

Esta patología causa incertidumbre a las madres, en ocasiones cuesta acertar con un diagnóstico y tratamiento adecuado, y se plantean seguir amamantando soportando las molestias o abandonar la lactancia (8).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- ✓ Realizar una revisión bibliográfica sobre las causas de la mastitis puerperal, los factores predisponentes y el abordaje desde el papel de enfermería.

4.2. Objetivos específicos

- ✓ Especificar las técnicas de amamantamiento eficaz.
- ✓ Describir los cuidados de enfermería que se brindarán a las madres que presentan problemas tempranos de las mamas.
- ✓ Conocer las medidas de prevención de la estasis de leche y mastitis.

5. METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas, páginas web, revistas y manuales durante los meses de diciembre de 2020 y enero y febrero de 2021.

La metodología se ha basado en una búsqueda estructurada en las siguientes bases de datos: Dialnet, SciELO, Cochrane Library y PubMed, y otras fuentes como bibliotecas y páginas Web (Tabla I).

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) empleados fueron: "Lactancia materna", "Mastitis", "Ingurgitación", "Infección puerperal", "Enfermería". Tras consultar los Medical Subject Headings (MeSH), se utilizaron los términos: "Breastfeeding", "Mastitis", "Engorgement", "Puerperal infection", "Nursing".

Para afinar la búsqueda, se indexaron las palabras clave nombradas anteriormente con el operador booleano "AND" y se utilizaron criterios de inclusión y exclusión (Tabla II).

Como excepción estos criterios, se han usado cinco documentos, que se han considerado importantes para la redacción de este trabajo, todos sin actualizaciones más recientes.

Se consultaron en las bibliotecas de la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca y del Colegio Oficial de Enfermería de Huesca libros y revistas con el objetivo de recoger información para clarificar conceptos y simplificar la información.

A través de diferentes páginas Web, como la Asociación Española de Pediatría, La Asociación Vía Láctea, se han buscado diferentes documentos sobre el manejo y prevención de la mastitis a nivel nacional.

Tabla I. Búsqueda bibliográfica.

Base de datos	Palabras clave y operador booleano	Artículos encontrados	Artículos utilizados
Dialnet	"Lactancia Materna" AND "Mastitis"	16	2
	"Lactancia Materna" AND "Ingurgitación"	5	1
SciELO	"Mastitis" AND "Ingurgitación"	3	2
Cochrane Library	"Breastfeeding" AND "Mastitis"	7	2
PubMed	"Breastfeeding" AND "Mastitis" AND "Engorgement"	33	4
Otras fuentes	Palabras clave y operador booleano	Artículos encontrados	Artículos utilizados
Páginas Web	"Lactancia Materna" AND "Mastitis"	23	14

Fuente: elaboración propia

Tabla II. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos con base científica publicados en los últimos 10 años	Documentos de carácter veterinario
Artículos redactados en español o inglés	Mastitis en no lactantes
Mujeres puérperas que proporcionan LM a sus hijos	

Fuente: elaboración propia

6. DESARROLLO

6.1. Técnicas de amamantamiento eficaz

Un amamantamiento eficaz (Anexo I) se puede conseguir siguiendo diez pasos hacia una feliz lactancia natural que los servicios de atención materno-infantil deberán proponer (9):

1. Disponer de un protocolo sobre lactancia natural, común a todo el personal sanitario que proporcione atención materno-infantil.
2. Capacitar a todos los profesionales que proporcionen atención materno-infantil para que puedan poner en práctica ese protocolo.
3. Asegurar que todas las embarazadas conocen los beneficios que ofrece la lactancia natural y cómo conseguir un amamantamiento feliz.
4. Ofrecer el contacto piel con piel precoz tras el parto y ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la primera media hora de vida del bebé.
5. Mostrar a las madres cómo se debe amamantar y cómo mantener la lactancia en caso de separarse del niño.
6. No ofrecer a los recién nacidos ningún alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural a demanda.
9. Evitar dar biberones, tetinas y chupetes a niños amamantados.
10. Promover la creación de grupos de apoyo a la lactancia natural.

6.2. Cuidados de Enfermería a mujeres con problemas tempranos en las mamas

Enfermería deberá ofrecer refuerzos positivos sobre la lactancia materna y un apoyo continuado a la madre desde la educación maternal, para conseguir confianza antes del parto en la capacidad de amamantar. Se tendrán que conocer las motivaciones y expectativas sobre la lactancia y adquirir habilidades sobre una técnica correcta de amamantamiento (10).

Desde el nacimiento, el personal de enfermería ofrecerá información mediante algún folleto con consejos del inicio de la lactancia y deberá limitar

las visitas para poder crear un ambiente de tranquilidad que facilite el reposo y la intimidad (11).

Si la madre tiene pezones invertidos o planos, se debe ayudar a realizar un correcto agarre al pecho y recomendar el contacto piel con piel y la postura de crianza biológica (Anexo I, Imagen II), ya que es la más indicada. También, el estímulo del pezón rotándolo un poco, mojándolo con agua fría justo antes de amamantar puede ser beneficioso (2,11).

En caso de grietas en el pezón se debe recomendar para su manejo y prevención (11,12):

- Tomas a demanda para evitar una succión fuerte.
- No usar productos astringentes, que retraen los poros, para la higiene del pezón y desaconsejar el lavado tras cada toma.
- Mantener el pecho al aire para secar el pezón y en el caso de utilizar discos absorbentes, cambiarlos a menudo para evitar la humedad.
- Estimular el pezón para iniciar la salida de leche, para humedecer y ablandar la areola y facilitar el agarre.
- Corregir la posición de la boca del niño, que el labio inferior esté evertido y no dentro de la boca, lo que podría erosionar el pezón.
- Cambiar la posición del amamantamiento para que el niño no lesione la zona afectada y empezar la toma por el pecho no afectado.
- Otras medidas recomendadas con un nivel de evidencia bajo son: las pezoneras de látex, dejar unas gotas de leche o aceite de oliva virgen después de la toma y el uso de lanolina para favorecer la cicatrización.

6.3. Factores predisponentes de la mastitis

El riesgo de mastitis lo aumentan la retención de leche y el crecimiento bacteriano, ya que la leche contiene sustancias proinflamatorias y elementos celulares activados que desencadenarán una respuesta inflamatoria (8,13).

Hay condicionantes que favorecen la aparición de mastitis, relacionados con la *estasis de leche*, que puede estar producida por (3,8,14):

- Patrón de alimentación inadecuado: la restricción de la frecuencia y duración de las tomas favorece el de estancamiento de leche.

- Mal agarre al pecho: principal factor que causa dolor y grietas en los pezones, ocasionando que se evite la alimentación con la mama afectada y aumentando la predisposición a la estasis.
- Anormalidades en la cavidad oral del lactante: como el frenillo corto, el paladar hendido o el labio leporino, que dificultan un correcto agarre.
- La separación de la madre y el bebé: interfiere en una adecuada producción de leche y favorece la ingurgitación.
- Ingurgitación mamaria: puede causar el abandono precoz del amamantamiento.

Existen también *factores maternos* que la predisponen (8,13,15,16):

- Edad: las mujeres entre 21 y 35 años tienen más probabilidades y entre este grupo las que se encuentran entre 30 y 34 años la incidencia es aún mayor.
- Paridad: la primiparidad es un factor de riesgo.
- Parto: las complicaciones del parto y la disminución de las defensas maternas relacionadas con el posparto y el estrés.
- Grietas en el pezón.
- Mastitis previa.
- Nutrición: la ingesta elevada de sal, grasa y la anemia se consideran predisponentes. Algunos micronutrientes (selenio) y antioxidantes (vitaminas E y A) reducen el riesgo.
- Ser portadora de Staphylococcus aureus en la nariz.
- Variaciones anatómicas de la mama: como el pezón plano o invertido, dificultan que se realice una correcta succión y por tanto se debe insistir en las tomas frecuentes y controlar la posición de la boca.
- La mancha blanca en el pezón o la obstrucción de un conducto galactóforo: favorecen el estancamiento y posteriormente la mastitis.
- Presión en el pecho: como puede ser un sujetador demasiado ajustado.
- Trabajo fuera del hogar: puede provocar una posible estasis de leche al espaciar o retrasar las tomas y un deficiente vaciado de las mamas.
- Traumatismos en las mamas: pueden dañar el tejido glandular y los conductos galactóforos.

Pueden aparecer *otros* factores que pueden aumentar el riesgo (8,13):

- Mala asepsia de los accesorios de los sacaleches y lavado inadecuado de manos antes y después de la extracción manual: pueden facilitar la transmisión de microorganismos.
- Uso de chupetes que reemplazan tomas y pezoneras que dificultan el vaciamiento de la mama.
- Uso rutinario de cremas "preventivas de grietas": dificultan una buena adhesión boca-pezones.
- Abuso de pomadas antifúngicas.

6.4. Ingurgitación o congestión mamaria

Es el llenado excesivo del pecho con leche en los primeros días del posparto, producido por una obstrucción del drenaje venoso y linfático, que aumenta la presión de los conductos galactóforos y alveolos desencadenando hinchazón, endurecimiento, edematización y dolor. Es importante centrarse en la técnica de amamantamiento, buen agarre y el vaciamiento eficaz de la mama ya que predisponen la congestión (13,14).

Signos y síntomas (15):

- Dolor en ambas mamas.
- Pechos con aumento de volumen, dolorosos, brillantes, edematosos y con áreas enrojecidas.
- La leche fluye con dificultad.
- Limitación del niño para agarrarse al pecho y realizar una correcta succión.
- Fiebre que cede tras las primeras 24 horas.

Tratamiento

La aplicación de calor húmedo en el pecho durante unos minutos o tomar una ducha de agua tibia breve están recomendadas para iniciar el flujo de leche y no aplicarlo en periodos superiores a 5 minutos ya que puede empeorar la inflamación (15).

Para lograr un correcto agarre se puede realizar un masaje antes y durante la toma, en las pausas entre succiones, para ablandar el tejido y facilitar la extracción de leche (15,17).

No se recomienda el vaciamiento después de amamantar para resolver la congestión porque cuanto más se vacíe y estimule, más leche va a producir, favoreciendo la ingurgitación (8).

Se puede prescribir el ibuprofeno cada seis u ocho horas vía oral para disminuir el dolor y la inflamación (15).

Hay otras intervenciones terapéuticas que se pueden utilizar, aunque tienen un nivel de evidencia bajo (14):

- Compresas de hierbas (jengibre, cactus, aloe vera, malva).
- Hojas de col enteras y frías.
- Masajes (manual, electromecánico, Oketani).
- Acupuntura.
- Ultrasonido.
- Acupresión.
- Terapia de raspado.
- Compresas frías.
- Tratamientos médicos (serrapeptasa, proteasa, oxitocina).

Prevención

La limitación de las tomas, el agarre incorrecto, el dolor o grietas, el uso de chupetes o pezoneras, retirar al niño del pecho antes de vaciarlo para ofrecer el otro, los traumatismos en las mamas y el trabajo excesivo y estresante de la madre, son circunstancias que aumentan el riesgo de ingurgitación (8,18).

Para solventar la situación se puede recomendar (8,15,19):

- Las madres deberían recibir ayuda y apoyo en las tomas para que la técnica de lactancia sea adecuada, con un buen agarre, una succión eficaz y un correcto vaciamiento.
- El personal de enfermería deberá comprobar con frecuencia síntomas precoces de congestión.

- Realizar contacto piel con piel la primera hora tras el parto, la cohabitación con el bebé y proporcionar un amamantamiento a demanda.
- Antes del alta, deben ser informadas sobre cómo prevenir la congestión y las opciones de tratamiento sintomático para el dolor.
- Si presenta síntomas de estasis necesitará descanso en cama, amamantar frecuentemente del pecho afectado, colocar compresas tibias antes de la toma, masajear suavemente la zona abultada mientras está mamando para que la leche fluya.
- En caso de ingurgitación, si la succión y el agarre es ineficaz será necesario la extracción de la leche para aliviar las molestias y así ayudar al niño a agarrarse y succionar correctamente.
- La talla del sujetador de lactancia y una correcta sujeción es importante para lograr la comodidad de la madre.

6.5. Obstrucción del conducto galactóforo

Se desencadena por un vaciamiento ineficaz de una parte del pecho, que ocasiona una estasis de leche en un lóbulo de la mama (8).

Signos y síntomas (8,20):

- Masa dolorosa en el pecho.
- Enrojecimiento y sensibilidad de la zona.
- Ausencia de fiebre.
- Partículas formadas por sales de calcio sólidas en la leche extraída (facilitan el diagnóstico).

Tratamiento

Es necesario mejorar el vaciamiento para impedir cualquier obstrucción. Un masaje o la extracción de leche aliviará el dolor, cuando la hinchazón solo se alivia de forma parcial puede ser indicativo de mastitis. Hay que iniciar el tratamiento precozmente e impedir su progresión hacia una mastitis ya que los conductos obstruidos suelen ser recurrentes (8,20).

Puede formarse una mota blanca en la punta del pezón, de 1mm de diámetro, formada por un sobrecrecimiento del epitelio, asociada con la obstrucción del

conducto y que es excesivamente dolorosa. Para ello se recomienda realizar un masaje con movimientos suaves y firmes con el pulgar desde encima del bulto hacia el pezón y si la mota blanca no se resuelve, eliminarla con un paño o una aguja estéril (8).

El galactocelo, afección poco frecuente, es un quiste relleno de leche formado a partir de un conducto obstruido. Se presenta como una hinchazón redondeada y tersa, rellena de leche pura al principio, y posteriormente de un material cremoso más denso. El diagnóstico se hace mediante aspiración o ecografía y puede extirparse quirúrgicamente bajo anestesia local (8).

Prevención

La obstrucción del conducto galactóforo se puede prevenir con estas recomendaciones (8,12):

- Vaciar completamente ambos pechos, alternándolos en cada toma. Si no se consigue, realizar una extracción manual o con sacaleches para evitar la obstrucción del conducto.
- Aumentar la frecuencia de las tomas, aplicando previamente calor húmedo (ducha o compresas tibias).
- Asegurar un correcto agarre y colocación del bebé, la barbilla hacia la zona afectada, de forma que su lengua facilite el vaciamiento de esa parte.
- Comenzar el amamantamiento del pecho no afectado para favorecer el reflejo de eyección.
- Evitar las prendas ajustadas y sujetar el pecho demasiado cerca del pezón, ya que facilitan la obstrucción del flujo de la leche.

6.6. Mastitis no infecciosa

Si se deja de amamantar, la producción de leche disminuye y cesa en unos días, pudiendo durar hasta dos o tres semanas, originándose una respuesta inflamatoria ocasionada por la estasis (8).

La inflamación, responsable de la sintomatología de mastitis, se desencadena por la elevación de los niveles de citoquinas inflamatorias en la leche (interleuquina-8) y por la apertura de los espacios intercelulares de los

alvéolos mamarios, permitiendo que pasen a la leche sustancias plasmáticas, como inmunoproteínas y sodio (3).

El aumento de la presión intraalveolar ocasiona que partículas de la leche pasen a los tejidos circundantes, lo que produce la congestión mamaria y los cambios en la composición de la leche, haciéndola más salada y menos dulce (8).

Signos y síntomas (8):

- Afección unilateral de las mamas.
- Dolor, hinchazón, enrojecimiento y endurecimiento del pecho.
- Malestar general y fiebre.

El tratamiento y la prevención son similares a los de la mastitis infecciosa.

6.7. Mastitis subclínica

Afección que se diagnostica a partir de un aumento de la relación sodio-potasio y de interleuquina-8 en la leche, cuando no hay mastitis clínica. Esto indicaría se está produciendo una respuesta inflamatoria sin signos clínicos y sugiere que puede asociarse con un vaciamiento inadecuado (8).

El tratamiento y la prevención son similares a los de la mastitis infecciosa.

6.8. Mastitis infecciosa

Se produce si no se resuelve el estancamiento y se vence la protección proporcionada por los factores inmunitarios de la leche y por la respuesta inflamatoria (8).

La leche no es normalmente un medio adecuado para el crecimiento bacteriano, cuando existe el vaciamiento ineficaz y estasis, se crean unas condiciones favorables para el crecimiento bacteriano (8).

Signos y síntomas (8):

- Afección unilateral de las mamas.
- Dolor, hinchazón, enrojecimiento y endurecimiento del pecho.
- Malestar general y fiebre.

- Grietas en el pezón (Figura I), son una puerta de entrada a microorganismos.

Figura I. Vía de transmisión de la infección



Fuente: MS. Mastitis Causas y manejo. Salud y Desarro del niño y del Adolesc [Internet]. 2000;49. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/es/

Diagnóstico

Los recuentos celulares y de colonias bacterianas (Anexo II) ayudan a distinguir la mastitis infecciosa de la no infecciosa, aunque no necesariamente indican infección. Una forma de distinguirla de una colonización bacteriana es encontrar bacterias recubiertas con anticuerpos específicos (inmunoglobulinas IgA e IgG) que aparecen cuando se produce una reacción inmune frente a una infección (8,21).

Los cultivos de la leche materna pueden ayudar a determinar el organismo infectante y su sensibilidad antibiótica (22).

Tratamiento

Es fundamental instaurar un tratamiento cuanto antes para no demorar la recuperación, de este modo la lactancia será satisfactoria y disminuirá el riesgo de recidiva (8,23).

- Extracción efectiva de la leche y continuar con la lactancia

Parte más esencial del tratamiento. Los antibióticos y el tratamiento sintomático mejoraran los síntomas a corto plazo hasta que se mejore el vaciamiento de la leche. Es importante mejorar el agarre al pecho y la aplicación de calor local favoreciendo la vasodilatación, ya que ayudará a una extracción efectiva de la leche (8).

- Antibiótico

Indicado si hay síntomas graves desde el comienzo o si no mejoran 12-24 horas después de conseguir el vaciamiento de la leche. El antibiótico elegido debe administrarse durante 10-14 días para evitar un posible recidiva (8).

- Analgésico y antiinflamatorio

El ibuprofeno se considera el más eficaz para paliar el dolor y la inflamación, el paracetamol sería una alternativa adecuada (8).

Prevención

Una mastitis mal tratada puede provocar el abandono prematuro de la lactancia, por lo que es importante tratarla y dar recomendaciones adecuadas a la madre (24).

- Consejos de apoyo

Se necesita un tratamiento eficaz y mucho apoyo emocional a las madres, pues suelen estar confundidas, ansiosas o dispuestas a interrumpir la lactancia. Es importante recalcarles que es seguro y conveniente continuar amamantando porque no daña al bebé y acelerará la recuperación (8).

El manejo adecuado favoreciendo una correcta posición y succión del bebé reduce el riesgo de grietas y facilita el drenaje de las mamas, lo que reduce el riesgo de mastitis (17).

- Colonización bacteriana del niño y del pecho

Proceso que ocurre poco después del nacimiento, ya que los conductos galactóforos y la nasofaringe del bebé se invaden por diversos microorganismos saprófitos (8).

La interferencia bacteriana está favorecida por el contacto piel con piel y la cohabitación ya que se transfieren al bebé cepas maternas de microorganismos respiratorios y cutáneos. Estos crecen y se multiplican en el tracto respiratorio, digestivo y piel del niño, estableciéndose una flora de microorganismos comensales que inhiben el crecimiento de bacterias patógenas (8).

- Control de la infección

Es importante reducir el riesgo de infección, especialmente en el ambiente hospitalario. El lavado frecuente de las manos tanto por el personal sanitario como por las madres reduce el riesgo de transmisión de microorganismos patógenos (8,25).

6.9. Absceso mamario

Es una cápsula o nódulo delimitado, eritematoso, doloroso y lleno de pus, que se diagnostica por ecografía, que presenta una infección circunscrita por la formación de una barrera de tejido de granulación alrededor de ella. El agente etiológico más frecuente es el *Staphylococcus aureus* resistente a la Meticilina (SARM) (3,8).

Signos y síntomas (8):

- Hinchazón, dolor, enrojecimiento, calor y edema en la zona afectada.
- Malestar general que cursa con fiebre.

Tratamiento

- Quirúrgico

Debe eliminarse el pus mediante una incisión y posterior lavado con abundante suero fisiológico o mediante aspiración guiada por ecografía bajo anestesia local y de forma ambulatoria. Se debe recoger una muestra para el posterior estudio microbiológico (21).

- Antibiótico

Es necesario un tratamiento con antibióticos apropiados a la sensibilidad de los microorganismos. Hay que vaciar el pus previamente porque la pared del absceso crea una barrera que protege a estas bacterias de las defensas del organismo, haciendo imposible alcanzar niveles antibióticos eficaces en el tejido infectado (8).

Prevención

La continuación o interrupción de la lactancia materna después de un absceso mamario depende en gran parte de los consejos y ayuda que recibe la madre por el personal sanitario. Se debe incidir que se podrá continuar amamantando y que esto no perjudica al bebé y que si es extenso y se retrasa el tratamiento puede ser que el pecho no recupere completamente la producción de leche. No obstante, se puede mantener una cantidad adecuada ya que se compensará la pérdida de leche de un pecho aumentando la producción del otro (8,15).

7. CONCLUSIONES

- Las unidades de materno-infantil deben disponer de un protocolo sobre lactancia natural común para asegurar que todas las embarazadas conozcan los beneficios que esta ofrece y cómo conseguir un amamantamiento feliz.
- El contacto piel con piel en la primera hora tras el parto y la cohabitación favorecen el apego y el comienzo de la lactancia, logrando un agarre adecuado y la producción de hormonas y sustancias que facilitan el bienestar, relajación y descanso.
- La lactancia materna a demanda permite un correcto vaciamiento, lo que previene de la estasis de la leche, así como la diseminación de la infección.
- Las recomendaciones dadas por enfermería desde la educación maternal aumentarán la confianza antes del parto en la capacidad de amamantar. Desde la llegada del paritorio se resolverán dudas y se corregirá una posible técnica mal realizada.
- Es importante que se limiten las visitas para poder crear un ambiente de tranquilidad, silencio y respeto que facilite el reposo y la intimidad.
- La predisposición de mastitis aumenta por la estasis de leche, factores maternos y otros que influyen en el crecimiento bacteriano.
- La ingurgitación se puede evitar con una correcta técnica de amamantamiento, tomas a demanda, un buen agarre, un vaciamiento eficaz y el uso de analgésicos para mitigar la inflamación y el dolor.
- El vaciamiento después de amamantar al bebé no está recomendado para resolver la congestión, ya que cuanto más se vacíe y estimule el pecho, más leche va a producir y esto la favorecerá.

- La obstrucción de un conducto galactóforo se debe a un vaciamiento ineficaz de leche de una parte del pecho, que se puede prevenir con un correcto agarre, un aumento de frecuencia de las tomas y la aplicación de calor húmedo para favorecer la vasodilatación de los conductos.
- Los pilares del tratamiento de la mastitis infecciosa son la realización de una extracción efectiva de la leche, continuar con la lactancia y proporcionar medicación antibiótica, analgésica y antiinflamatoria.
- Una mastitis mal tratada puede provocar el abandono prematuro de la lactancia materna, por lo que es de suma importancia dar el tratamiento y las recomendaciones adecuadas a la madre.
- Una mujer con un absceso mamario podrá continuar amamantando ya que no perjudicará al bebé, es posible que el pecho afectado no recupere completamente la producción, pero se compensará esa pérdida con la obtención de más cantidad de leche en la otra mama.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz-Jiménez D, Montilla Luque M, Jiménez García Á. Intervención comunitaria de la matrona en lactancia materna ineficaz. A propósito de un caso clínico [Internet]. Enfermería Integr. 2019 [citado el 12 de enero de 2021];122:74-80. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7029556>
2. Martín Morales JM. Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. Comité de Lactancia Materna de la AEPED. 2012 [citado el 12 de enero de 2021];125(5):1-16. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
3. Osejo Rodríguez M del S, Maya Cancino A, Brenes Meseguer N. Actualización de la clasificación y manejo de mastitis [Internet]. Rev Médica Sinerg. 2020 [citado el 12 de enero de 2021];5(6):1-12. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7445660>
4. Redondo Collado D, Fraile García P, Segura Del Arco R, Villena Coronazo G, Rodríguez Puente Z, Boix García-Atance L, et al. Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna [Internet]. Evidencia científica de la FAME. 2016 [citado el 12 de enero de 2021]. Disponible en:
<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2016/06/lactancia-materna-2-6-16.pdf>
5. Carrasco García M. Plan de cuidados estandarizado de la mastitis puerperal [Internet]. Nure Investig. 2012 [citado el 12 de enero de 2021];59:1-8. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7674321>
6. Wilson E, Woodd SL, Benova L. Incidence of and Risk Factors for Lactational Mastitis: A Systematic Review [Internet]. J Hum Lact. 2020 [citado el 12 de enero de 2021];36(4):673-86. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32286139/>

7. Fernández Medina IM, González Fernández CT. Lactancia materna: Prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enferm Glob* [Internet]. 2013 [citado el 12 de enero de 2021];12(3):443-51. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300023&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. OMS. Mastitis Causas y manejo. *Salud y Desarrollo del niño y del Adolescente* [Internet]. 2000 [citado el 14 de febrero de 2021];49:1-49. Disponible en:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/es/
9. OMS. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural [Internet]. 1998 [citado el 29 de marzo de 2021]. Disponible en:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_CHD_98.9/es/
10. Jané Checa M, Prats Coll R, Plasència Taradach A. Educación maternal: preparación para el nacimiento [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2009 [citado el 9 de abril de 2021]. Disponible en:
http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Preparacion_para_el_nacimiento.pdf
11. García Núñez L, Cutada Carrión B, Molina Rubio A, Gordo Bleda MC, Garrido Ballesteros MJ, Quevedo Navarro B, et al. Protocolo de lactancia materna en la Unidad de Tocología [Internet]. Albacete; 2019 [citado el 29 de marzo de 2021]. Disponible en:
<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documento/s/6ac13e56b632c2302e4e7a494ea2f4ee.pdf>
12. Rozas García M. Problemas tempranos en las mamas durante la lactancia. Medidas de prevención y tratamiento [Internet]. *Matronas profesión*. 2006 [citado el 15 de marzo de 2021];7(4):25-7. Disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32947/1/576318.pdf>

13. Epínola B, Costa M, Díaz M, Paricio JM. Mastitis. Puesta al día. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2016 [citado el 15 de febrero de 2021];114:576-84. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/mastitis_puesta_al_dia.pdf
14. Zakarija-Grkovic I, Stewart F. Treatments for breast engorgement during lactation [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2020;2020 [citado el 15 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006946.pub4/full>
15. Moya Vásquez R, Chaves C. Manual Técnico Patologías mamarias y asociadas al niño o niña durante el proceso de lactancia materna [Internet]. 2016 [citado el 16 de febrero de 2021];1-83. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/2019/CLM_manual_patologias_mamaria_final_2016.pdf
16. Govoni L, Ricchi A, Molinazzi MT, Galli MC, Putignano A, Artioli G, et al. Breastfeeding pathologies: Analysis of prevalence, risk and protective factors [Internet]. Acta Biomed. 2019 [citado el 1 de marzo de 2021];90:56-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6625556/>
17. Crepinsek MA, Taylor EA, Michener K, Stewart F. Interventions for preventing mastitis after childbirth [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2020;2020 [citado el 8 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007239.pub4/full>
18. García Blázquez MJ, Orduna Coarasa A, Tejero Laínez C, De la Cueva Barrao P, González Uriarte A, Romano Mozo D. Guía de Lactancia Materna [Internet]. Asociación Vía Láctea. 2007 [citado el 16 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/guia_lactancia-2.pdf/68620602-8ed5-4365-8169-a2707f066dd3

- 19.e-lactancia.org [Internet]. APILAM: Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna; 2002 [actualizado el 6 de marzo de 2021; citado el 6 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://e-lactancia.org>
- 20.Leung SSF. Breast pain in lactating mothers [Internet]. Hong Kong Med J. 2016 [citado el 15 de febrero de 2021];22(4):341-346. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27313273/>
- 21.Beltrán Vaquero DA, Crespo Garzón AE, Rodríguez Bravo TC, Iglesias ÁG. Mastitis infecciosa: Nueva solución para un viejo problema [Internet]. Nutr Hosp. 2015 [citado el 15 de febrero de 2021];31:89-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25659061/>
- 22.Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual. 2017 [citado el 16 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf
- 23.Vayas Abascal R, Carrera Romero L. Actualización en el manejo de las Mastitis Infecciosas durante la Lactancia Materna [Internet]. Rev Clínica Med Fam. 2012 [citado el 17 de febrero de 2021];5(1):25-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100005
- 24.Pevzner M, Dahan A. Mastitis While Breastfeeding: Prevention, the Importance of Proper Treatment, and Potential Complications [Internet]. J Clin Med. 2020 [citado el 15 de marzo de 2021];9(8):2328. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7465810/>
- 25.Naya Cendón C. Guía Clínica de Mastitis Puerperal [Internet]. Servicio de Atención Primaria de Culleredo. Servicio Galego de Saúde. 2017 [citado 16 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/mastitis/>

ANEXOS

9. ANEXOS

Anexo I. Técnicas de lactancia para prevenir la mastitis.

Importancia de un buen agarre para la succión eficaz.

Una de las causas de mastitis es el vaciamiento ineficaz de la leche, por lo que es importante comprender como el niño vacía el pecho. Para ello, necesita un correcto agarre y se tiene que permitir que succione sin restricciones de tiempo, por lo que está regulado por el apetito del niño. Si el bebé se agarra incorrectamente o se restringe su tiempo no será capaz de vaciar el pecho eficazmente.

La producción de leche es un proceso continuo, de manera que si no se vacía a la vez que se produce, el volumen de leche en la mama supera la capacidad de almacenaje en los alvéolos, pudiéndose originar ingurgitación y una posterior mastitis.

Aprender a amamantar

Durante los primeros días tras el parto, antes de la subida de leche, las mamas están blandas y por tanto es el momento ideal para que la madre y el bebé inicien el aprendizaje sobre cómo amamantar. Cuando el pecho pasa a estar más lleno, es más difícil que el niño logre un correcto agarre.

Cómo succiona el niño y vacía la leche

El bebé crea una tetina con el pecho, formada por un tercio del pezón y dos tercios de tejido mamario, para lograr que la lengua del niño esté en contacto con los conductos galactóforos que almacenan la leche y convergen debajo de la areola y mediante un movimiento ondulante de está extraerán la leche.

Si el agarre es incorrecto causa dolor a la madre, esto indica que se está produciendo un daño. Si este aparece en el pezón, es porque está siendo comprimido entre la lengua y el paladar duro del bebé y puede llegar a producir una grieta que se puede infectar posteriormente.

Lo apropiado para que el niño deje de causar dolor y mejore el vaciamiento, es lograr que agarre una mayor parte del pecho, de forma que el pezón esté en la unión del paladar duro y blando y la lengua en contacto con la areola y tejido mamario subyacente.

Signos de buen agarre

Cuando el niño tiene un agarre correcto, come con la boca muy abierta y con la lengua activa, comprobándose por el ritmo de la toma. En primer lugar, realiza unas succiones rápidas, que estimulan el reflejo de oxitocina y la liberación de la leche. Posteriormente, realiza succiones profundas y lentas conforme empieza a fluir la leche. Hay ocasiones en las que realiza pausas y por lo tanto el flujo se enlentece.

El bebé se relaja mientras va comiendo y permanece agarrado al pecho hasta que está listo para terminar, soltándolo espontáneamente, adormecido o calmado. Tras ello, la madre puede ofrecer el otro pecho, que tomará o no dependiendo del apetito. Si se suelta con inquietud o agitación puede deberse a un mal agarre.

Para un buen agarre es necesario que todo el cuerpo del bebé esté enfrentado a la madre, y que al abrir la boca introduzca gran parte de la aréola, especialmente por la parte inferior (barbilla) para que al mover activamente la lengua no lesione el pezón. Si la aréola es muy grande habrá más parte visible por encima del labio superior que por el inferior. Los signos que lo indicarán son que el mentón del bebé toca el pecho, la boca está bien abierta, el labio inferior hacia fuera (evertido) y las mejillas estén redondas (no hundidas) cuando succiona

La toma deberá ser tranquila, no dolorosa y controlada por el niño. Las que son ruidosas o con atragantamientos y cursan con dolor, sugieren que agarre o la postura no serán correctos.

Imagen I. Buen agarre al pecho



Fuente: Redondo Collado D, Fraile García P, Segura Del Arco R, Villena Coronazo G, Rodríguez Puente Z, Boix García-Atance L, et al. Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna [Internet]. Evidencia científica de la FAME. 2016:5-79 [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2016/06/lactancia-materna-2-6-16.pdf>

Posturas para amamantar

Posición de Crianza biológica: basada en un estudio de reflejos maternos y neonatales. La madre estará recostada (entre 15-65°) en decúbito supino y el bebé en decúbito prono haciendo piel con piel. Esta permite al bebé liberarse de su peso y realizar reflejos de gateo y búsqueda, recibiendo ayuda de la madre para llegar al pecho. Se logrará un buen agarre, la eficiencia de la toma y una mejor producción de leche. Suele ser necesaria durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre.

Imagen II. Posición de crianza biológica



Fuente: Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. AEPED. 2012;125(5):1042-7 [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>

Posición sentada: el bebé se coloca con el tronco enfrentado y pegado a la madre, permitiendo que la madre lo sujete con la mano en su espalda y apoyando la cabeza en su antebrazo. Con la otra mano podrá dirigir el pecho hacia la boca y cuando la abra acercarlo con suavidad para su agarre. Es la más utilizada pasados los primeros días, cuando se logra una mayor movilidad y seguridad con el bebé.

Imagen III. Posición sentada



Fuente: Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. AEPED. 2012;125(5):1042-7 [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>

Posición acostada: la madre se coloca acostada de lado con la cabeza elevada sobre una almohada y el bebé enfrentado y pegado a su cuerpo acercándolo por la espalda con suavidad para facilitar el agarre. Es muy útil para las tomas nocturnas y los primeros días.

Imagen IV. Posición acostada



Fuente: Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. AEPED. 2012;125(5):1042-7 [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>

Posición invertida o balón de rugby: se sitúa al niño por debajo de la axila de la madre, con las piernas hacia atrás y la cabeza en el pecho con el pezón a la altura de la nariz. Es importante una buena sujeción del cuello y hombros del bebé, el cuello deberá estar estirado para atrás, esto facilitará un agarre y succión perfectos. Muy empleada para amamantar a gemelos y prematuros.

Imagen V. Posición invertida o balón de rugby



Fuente: Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. AEPED. 2012;125(5):1042-7 [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>

Posición de caballito: la madre está sentada y el bebé sentado con el abdomen pegado a ella. Se debe sujetar su cabeza para facilitar un correcto agarre. Es útil en caso de grietas y en niños con reflujo gastroesofágico importante, labio leporino o fisura palatina, mandíbula pequeña o problemas de hipotonía.

Imagen VI. Posición de caballito



Fuente: Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. AEPED. 2012;125(5):1042-7 [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>

Fuentes:

OMS. Mastitis Causas y manejo. Salud y Desarrollo del niño y del Adolescente [Internet]. 2000;49 [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/es/

Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. AEPED. 2012;125(5):1042-7 [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>

Anexo II. Clasificación etiológica de las mastitis

Tipo	Etiología	Diagnóstico	Tratamiento	Características
Agudas	Estafilococo aureus Estafilococo epidermidis	En primeras 12 semanas posparto (más frecuente en 2-3 semana).	Antibióterapia	Mala técnica de amamantamiento. Falta de experiencia Dificultad en el drenaje de glándula mamaria, estasis de leche y sobreinfección bacteriana. Unilateral (más frecuente) Síntomas locales (inflamación, enrojecimiento, calor y dolor) Síntomas sistémicos (fiebre, mialgias, artralgias, y malestar general)
Subagudas	Estafilococo coagulasa negativo Estreptococo mitis Estreptococo salivarius Estafilococo epidermidis	Aumento de sodio en leche materna Relación sodio/potasio > 1 Aumento mediadores inflamatorios	Disminuir congestión mamaria con lactancia exclusiva y a demanda.	Sensación de disminución en la producción de leche. Tomas prolongadas con escasa ganancia de peso del bebé. No síntomas sistémicos ni enrojecimiento. Síntomas locales leves. Dolor punzante en la mama, calambres y sensación de ardor.
Crónicas	Infecciosa No infecciosa	Biopsia para descartar origen infeccioso	Si infecciosa: antibióterapia Si recurrencia por agentes multirresistentes: ingreso y tratamiento intravenoso.	Mastitis aguda mal controlada.

Fuente: Osejo Rodríguez M del S, Maya Cancino A, Brenes Meseguer N. Actualización de la clasificación y manejo de mastitis [Internet]. Rev Médica Sinerg. 2020;5(6) [citado el 12 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7445660>