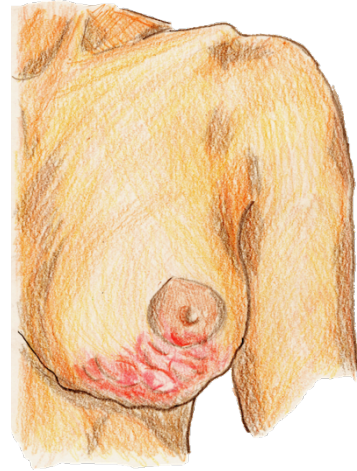




MASTITIS PUERPERAL (ÁREA MUJER)

La mastitis puerperal consiste en la inflamación o infección de la glándula mamaria. El 10% de las lactancias maternas se complican con mastitis. La mayoría sucede en las primeras semanas de vida del bebé y sobre todo dentro de los 3 primeros meses, pero no hay que despistarse ya que a lo largo de toda la lactancia puede suceder. Aunque es un proceso doloroso, no se recomienda interrumpir la lactancia materna, ya que la succión del bebé mejorará el drenaje de la glándula y con ello contribuirá a que se resuelva la mastitis. Por desgracia la mastitis es la principal causa de destete precoz.



La OMS recomienda LME hasta los 6 meses y posteriormente mantenerla mínimo hasta los 2 años. Estas recomendaciones son debidas a los beneficios a corto y largo plazo que esta alimentación proporciona. No obstante, si deseas finalizar tu lactancia por este motivo se aconseja que mientras estés completando el tratamiento, a la vez drenes la mama bien de forma manual o con sacaleches, realizando de esta forma un destete paulatino que evite complicaciones de la infección. Si tienes dudas de como comenzar este proceso, tu matrona o consultora de lactancia te podrá ayudar.

¿CÓMO SE PRODUCE LA MASTITIS?

Cuando hay una estasis de leche, es decir que la leche permanece parada un largo tiempo, puede producirse un sobrecrecimiento de bacterias y ese desequilibrio puede causar la infección de la glándula mamaria. Ese cúmulo de bacterias reducen la luz de los conductos galactóforos de la mama haciendo que la leche salga más lentamente. Esta obstrucción hace que aún se retenga más leche y produzca dolor.

Por eso se recomienda el drenaje mamario frecuente: lo ideal es que lo haga el bebé, pero como la leche sale más lentamente no les gusta y puede que rechacen ese pecho. En ese caso ofrecemos el otro pecho, y drenamos la mama afectada con sacaleches o de forma manual. En la próxima toma volvemos a ofrecerle al bebé en primer lugar el pecho que tiene la infección.

FACTORES PREDISPONENTES PARA LA MASTITIS

Como ya hemos comentado, la obstrucción de los conductos lácteos y acumulación de leche son los principales factores predisponentes para desarrollar una mastitis puerperal. Además, existen otros factores que pueden favorecer que aparezcan este tipo de mastitis:

ESTASIS DE LECHE. Pueden favorecer la acumulación de leche:

- Obstrucción de los conductos lácteos. Por ejemplo, por el uso de cremas inadecuadas.
- Tomas poco frecuentes o programadas. Se recomienda la lactancia a demanda.



- Agarre inadecuado o extracción ineficaz.
- Separación de la madre y el bebé en las primeras 24h.
- Interrumpir las tomas.

FACTORES MATERNOS. Existen algunos factores de riesgo relacionados con la madre:

- Grietas en el pezón.
- Haber tenido una mastitis previamente.
- Ser madre primeriza. Disminución de las defensas maternas. Partos largos y complicados.
- Pezón invertido o plano.
- Utilizar un sujetador o ropa muy ajustados o dormir boca abajo.
- Sobreproducción de leche

FACTORES RELACIONADOS CON EL BEBÉ. También hay algunos factores de riesgo del bebé:

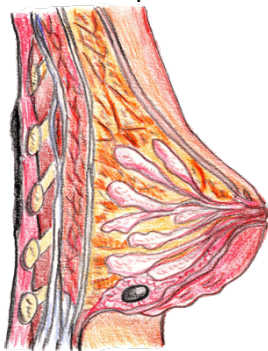
- Prematuridad o alguna enfermedad que haga que el bebé tenga menos fuerza.
- Frenillo lingual corto.
- Uso de chupetes en las primeras semanas



TIPOS DE MASTITIS

LA MASTITIS AGUDA: es la infección de la mama, cuya causa principal y necesaria es la estasis o estancamiento de leche. Esto suele producirse por un vaciado o drenaje incompleto de la mama por colocar incorrectamente el bebé al pecho o por tomas muy distanciadas las unas de las otras. Las grietas del pezón, que suelen producirse por un agarre incorrecto, son la puerta de entrada a las bacterias. En la mastitis aguda el pecho está inflamado con una o varias áreas sensibles o dolorosas, calientes y rojas. Puede acompañarse de escalofríos, malestar general, dolor de cabeza y fiebre de $>38,5^{\circ}\text{C}$.

Una de cada 10 mastitis se complica con **ABSCESO MAMARIO:** notaremos un bulto doloroso que fluctúa cuando lo tocamos, que se acompaña de fiebre y afectación del estado general, y no mejora con antibioterapia.



LA MASTITIS SUBAGUDA se produce por un desequilibrio de la flora bacteriana mamaria y que produce obstrucción de la leche. Suele cursar con dolor profundo en la mama durante la toma o después de la misma, y que persiste en el tiempo. En ocasiones es una obstrucción con una zona indurada y dolorosa que tras la toma reduce su tamaño. No suele haber malestar general ni fiebre.

PRUEBAS NECESARIAS

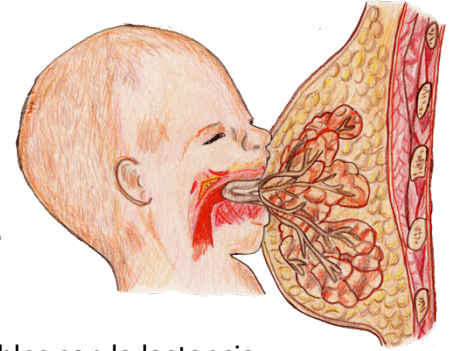
Habitualmente no será necesario realizar ninguna prueba. Si la infección no mejora con el antibiótico ni las medidas habituales, pueden solicitarnos una ecografía para descartar abscesos u otros procesos. También se puede realizar cultivo de la leche u otras pruebas menos habituales



¿CÓMO SE TRATA LA INFECCIÓN?

La mastitis puerperal aguda se maneja de forma ambulatoria, y la mitad de ellas se resuelven con las siguientes **MEDIDAS CONSERVADORAS**.

- Amamantar frecuentemente, a demanda y empezando por el lado afectado.
- Mantener la lactancia materna y asegurar un drenaje adecuado del pecho. Se puede complementar la toma con extracción manual o con sacaleches, aunque si el agarre y la frecuencia son suficientes no suele ser necesario.
- Masajear el pecho durante la toma, en dirección al pezón-
- Colocación del bebé de forma que se favorezca el drenaje del área afectada, (la barbilla tiene que quedar sobre esa zona para que haga de masajeador).
- La aplicación de calor (ducha o compresas calientes) antes de la toma puede ayudar a mejorar el flujo de leche; mientras que la aplicación de frío a posteriori puede mejorar el dolor y la inflamación.
- Podemos utilizar Ibuprofeno u otros antiinflamatorios compatibles con la lactancia.
- Si se sospecha dificultades en la lactancia materna: valoración por matrona/asesora de lactancia o IBCLC (Consultoras internacional de lactancia materna) para evitar que vuelva a suceder y prolongar la lactancia materna si así lo deseamos. También se recomienda cuando queramos dar por finalizada nuestra lactancia, para realizar un destete que se adecue a nuestras necesidades.
- Reposo, hidratación y apoyo adecuado.
- Medidas de higiene adecuadas: lavado de manos, cambio frecuente de los discos empapadores y esterilización muy frecuente de conchas aireadoras y sacaleches.



En mastitis subagudas se puede tomar probióticos, que te aconsejarán tu matrona o tu ginecóloga.

Si no se mejora en 24h o se tiene fiebre $>38,5^{\circ}$ o mal estar, debemos **INICIAR LA ANTIBIOTERAPIA ORAL**, manteniendo la lactancia materna y optimizando el vaciado del pecho afectado. Los antibióticos que se indican para tratar este tipo de infecciones son compatibles con la lactancia materna.

Si hay criterios de infección grave o no se produce una respuesta adecuada al tratamiento ambulatorio inicial, se requerirá hospitalización y antibioterapia endovenosa.

Los **ABSCESOS MAMARIOS** deben vaciarse. Esto se puede hacer con drenaje quirúrgico o "pinchándolos" y vaciándolos con una aguja.

¿QUÉ EFECTOS TIENE LA MASTITIS SOBRE EL LACTANTE?

El consumo de leche producida durante la mastitis no conduce a una infección en el bebé ni hace que tenga peor composición nutricional. Es aconsejable y beneficioso que siga mamando del pecho afecto.



¿CÓMO LA PODEMOS PREVENIR?

Para la lactante es imprescindible conocer las medidas que previenen la lactancia, ya que con una buena técnica y el apoyo adecuado más de la mitad de las mastitis se pueden prevenir:

- Informándonos sobre lactancia materna.
- Asegurar un buen vaciamiento del pecho para evitar estasis de leche. El sacaleches puede ser útil en algunas situaciones, pero no suele ser necesario.
- Lactancia materna a demanda sin limitar la duración de la toma.
- Evitar ropas ajustadas y todo lo que pueda comprimir la mama.
- Descanso e hidratación adecuados.
- Higiene de manos de la mujer y las personas que puedan contactar con la mama.
- Identificar y tratar de forma precoz la ingurgitación mamaria, grietas de pezón y las obstrucciones.
- Las grietas infectadas se tratan con antibiotioterapia tópica y, si no existe mejoría, antibiótico oral. Evitar aplicar en las grietas gotas de leche y lanolina ultrapurificada ya que retrasan su curación y favorecen la maceración.
- En mujeres con antecedentes de mastitis durante la lactancia se puede administrar probióticos en las últimas semanas de gestación y tras el parto.
- Consultar rápidamente ante signos de mastitis, para actuar de forma precoz.

CONCLUSIÓN

La mastitis es la primera causa de deteste precoz no intencionado en nuestro medio. Sin embargo, con un correcto asesoramiento se puede prevenir o atajar precozmente. Busca ayuda en tu lactancia, ya que puede ser la diferencia entre poder seguir dando pecho o no.



Escanea el QR para ver el vídeo!!



AulaGinecología.com