

Buscar...

Inicio / Índice / Síndromes infecciosos en adultos / Infecciones ginecológicas

Mastitis y absceso mamario lactacional

Creado el: 4 agosto, 2018 / Vistas: 1828 Vistas

Autores: Manuela Aguilar¹, Carmen Chacón², Elena Chaparro², Isabel Delgado Pecellín³, Elena Díaz⁴, Elena Flores⁴, María José Gómez¹, Marta Moleón Ruiz⁵, Pilar Serrano⁶.

Unidades Clínicas: ¹UCEIMP, ²Ginecología y Obstetricia, ³Pediatría, ⁴Neonatología, ⁵Farmacia, ⁶Endocrinología y Nutrición

1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

<p>Sospechar la existencia de infección mamaria si:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se presentan síntomas agudos en la mama como área sensible o dolorosa, inflamada, caliente, roja, a menudo en forma de cuña o cuadrante y generalmente unilateral, junto con: ▪ Síntomas generales como malestar, artromialgias, fiebre de más de 38,5°C, escalofríos, cefalea... 	<p>Mastitis aguda:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Causada en la mayoría de los casos por <i>S. aureus</i> sensible a meticilina ▪ Menos frecuente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>S. aureus</i> resistente a meticilina de adquisición comunitaria (CA-MRSA) o nosocomial (HA-MRSA)¹ ▪ <i>Streptococcus pyogenes</i> (grupo A) o <i>agalactiae</i> (grupo B) ▪ Enterobacterias (<10%)
---	---	---

- Se presenta un dolor profundo en la mama durante la toma o después de la misma que no se resuelve tras la evaluación e intervención por profesionales expertos en lactancia materna que descarten y traten otras posibles causas de la mastalgia.
- No hay síntomas generales ni fiebre.
- La exploración física suele ser normal.

Infección ductal o mastitis subaguda

Etiología más diversa:

- *Staphylococcus epidermidis* y otros estafilococos coagulasa negativa
- *Streptococcus* sp. (*S. mitis*, *S. salivarius*)
- Menos frecuentes:
Corynebacterium sp,
Enterococcus sp., *Rothia* sp.

¹Frecuencia estimada en nuestro medio <5-10%. Valorar si hay factores de riesgo (mastitis nosocomial, inmunodeprimidas, tratamiento antibiótico, consumo de drogas por vía parenteral), falta de respuesta al tratamiento o en mastitis graves (incluyendo abscesos e infecciones necrotizantes).

2. PRUEBAS PARA EL DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico de la **mastitis aguda** es **clínico**, no es necesaria en general ninguna prueba complementaria.
 - En caso de ser necesario el diagnóstico etiológico, éste debe hacerse mediante el cultivo cuantitativo o semicuantitativo de la leche materna
- Para el diagnóstico de **mastitis subaguda o infección ductal** es necesario **todo** lo siguiente:
 - Clínica sugestiva
 - Descartar otras causas de dolor
 - Cultivo de leche sugestivo de infección (ver “interpretación de los cultivos”)

Cultivo de leche materna: indicaciones

- Mastitis grave: sepsis o shock séptico, absceso mamario, infección

	<p>necrotizante, necesidad de ingreso hospitalario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de respuesta tras 48 h de tratamiento antibiótico empírico apropiado. ▪ Mastitis recurrente. ▪ Mastitis de adquisición nosocomial o con factores de riesgo de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina (SARM). ▪ Alergia a penicilina con intolerancia a cefalosporinas. ▪ Sospecha de infección sin signos inflamatorios externos ni fiebre: presencia de dolor profundo severo con sensación de quemazón en la mama (indicativo de infección ductal) sin diagnóstico alternativo tras evaluación apropiada por profesionales expertos en lactancia materna.
<p>Obtención y procesamiento de la muestra de leche materna</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antes de iniciar el tratamiento antimicrobiano. ▪ Antes de una toma y si es posible 2 horas después de la toma anterior, siendo preferible a primera hora. ▪ Limpieza de areola mamaria y pezón con jabón neutro si se han usado pomadas, pezoneras o similar. ▪ Mediante expresión manual y con las manos limpias y secas. ▪ Evitar las bombas extractoras (pueden estar contaminadas con enterobacterias y bacilos gramnegativos no fermentadores). ▪ Desechar las 4-5 primeras gotas de leche. ▪ Envases estériles de boca ancha, uno por mama, empezando primero por la más afectada. ▪ Volumen 1-2 ml. ▪ Procesar en < 1 hora o refrigerar a 4° C, no > 24 horas.
<p>Interpretación del resultado</p>	<p>La concentración bacteriana total (leche fresca) debe ser menor de 300-800 ufc/ml:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>S. epidermidis</i> < 600-800/ml ▪ <i>Streptococcus</i> grupo viridans <500/ml

- *S. aureus* < 300-400/ml.

Para la correcta interpretación de resultados:

- No interpretar estafilococos coagulasa negativa ni estreptococos como colonizantes ni flora saprofita.
- Informar el resultado cuantitativo como UFC/ml:

Se considera patológico > 1000 UFC/ ml, habitualmente:

- ≥ 5000 UFC/ml para estafilococos coagulasa negativa y estreptococos.
- ≥ 500 UFC/ml para *S. aureus*, otras bacterias piogénicas y *Corynebacterium* spp (en mastitis agudas).
- El aislamiento de bacilos gramnegativos > 1000 UFC/ml indica mala recogida de la muestra.

3. MEDIDAS GENERALES DE TRATAMIENTO

No suspender lactancia materna,
continuarla con ambas mamas.

Vaciamiento frecuente y efectivo de
la mama.

Si

- Amamantar frecuentemente, empezando por la mama afectada.
- Favorecer el reflejo de eyección.
- Colocar al bebé de modo que su barbilla quede sobre la parte inflamada.
- Masaje suave con los dedos sobre la zona inflamada, arrastrándolos hacia el pezón.
- Tras la toma, completar el vaciado del pecho mediante extracción manual o con sacaleches.
- En caso de cese de lactancia, realizar un buen vaciado de la mama.

Medidas generales

- Calor local sólo justo antes de la toma o la extracción (ducha, baño caliente del pecho o bolsa caliente) para facilitar la salida de leche.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frío local tras la toma/extracción para control de dolor/inflamación ▪ Ibuprofeno 400 mg/8 h. ▪ Reposo, hidratación y descanso. Dedicación a lactancia intensiva. ▪ Si no es posible, plantear el ingreso conjunto de madre y bebé.
<p>Realizar historia de lactancia para control de factores predisponentes o favorecedores:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grietas en pezón, sobre todo si están colonizadas por <i>S. aureus</i> ▪ Lactancia con restricción de tiempo o de frecuencia (debe ser a demanda, normalmente entre 8 y 12 tomas al día sin límite de tiempo) ▪ Tomas perdidas ▪ Mal agarre o succión deficiente (ver el documento “Normativa de lactancia materna” disponible en intranet) ▪ Enfermedad de madre o bebé, con disminución de las tomas ▪ Superproducción de leche ▪ Destete brusco ▪ Presión sobre la mama (mal ajuste de sujetador o cinturón de seguridad mal posicionado) ▪ Perla de leche u obstrucción del poro de salida del pezón. ▪ Stress o cansancio extremo de la madre
<p>Probióticos específicos de leche materna</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Lactobacillus salivarius</i> ▪ <i>Lactobacillus fermentum</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Han demostrado reducir la concentración de estafilococos en leche materna y el dolor en mujeres con mastitis. ▪ Hay una evidencia moderada para su indicación en mastitis subaguda como alternativa al tratamiento antibiótico.

- Considerar el elevado coste económico y valorar suspender si no han sido eficaces tras 7-10 días de tratamiento.

4. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO (MASTITIS AGUDA)

En la mastitis aguda el diagnóstico es, en general, clínico (ver “Indicaciones de cultivo de leche materna”) y por tanto el tratamiento suele ser empírico. La sospecha de mastitis subaguda o infección ductal debe confirmarse mediante cultivo por lo que el tratamiento debe ser dirigido según antibiograma.

Indicar tratamiento antibiótico empírico en mastitis aguda, si no se resuelve tras 12-24 h de medidas generales, o si se presenta de forma súbita con síntomas graves.

Primera elección

- Cefadroxilo 1 gr/12 h v.o
- Cotrimoxazol (sulfametoxazol-trimetropim) 800/160 mg/12 h v.o

Alternativa si alergia a penicilina e intolerancia a cefalosporinas

- Clindamicina 450 mg/8 h v.o
- Cotrimoxazol (sulfametoxazol-trimetropim) 800/160 mg/12 h v.o

Evitar en general

- Amoxicilina-clavulánico por su actividad anaerobicida que no se precisa en esta infección.
- Cloxacilina oral, por su baja biodisponibilidad oral. Si se indica, a dosis altas (1 gr/6 h) y separada de las comidas.
- Quinolonas (ciprofloxacino) por su elevado impacto ecológico y porque no están indicadas en monoterapia en infecciones estafilocócicas.

Mastitis grave (sepsis o shock séptico, infección necrotizante)

- Cefazolina 2 gr/8 h i.v + vancomicina¹ i.v
- Valorar necesidad de tratamiento quirúrgico en caso de infección necrotizante o absceso.

<p>Duración del tratamiento antibiótico</p>	<ul style="list-style-type: none"> La duración establecida es de 10 días de tratamiento si la evolución es favorable aunque esta recomendación no está basada en ensayos clínicos.
--	---

¹Para dosificación, ver el apartado “Cómo usar mejor los antimicrobianos”, capítulo “Optimización del uso de vancomicina”

5. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DIRIGIDO

Debe basarse en el resultado del cultivo y el antibiograma, cuándo éste está indicado. En la tabla se resumen las etiologías más frecuentes y los tratamiento de elección.

Etiología	Tratamiento recomendado
<p><i>S. aureus</i> sensible a meticilina</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cefadroxilo 1 gr/12 h v.o Cotrimoxazol (sulfametoxazol-trimetropim) 800/160 mg/12 h v.o
<p><i>S. aureus</i> resistente a meticilina</p> <ul style="list-style-type: none"> Adquisición comunitaria (CA-MRSA): habitualmente sensible a cotrimoxazol y quinolonas Adquisición nosocomial (HA-MRSA): habitualmente sensible sólo a glucopéptidos 	<ul style="list-style-type: none"> Cotrimoxazol ((sulfametoxazol-trimetropim) 800/160 mg/12 h v.o Clindamicina 450 mg/8 h v.o (si la cepa es resistente a eritromicina confirmar la sensibilidad a clindamicina) Vancomicina¹ i.v si no hay otra alternativa. En casos de infección grave que requiera hospitalización, indicar según antibiograma: <ul style="list-style-type: none"> Clindamicina 600 mg/8 h i.v ancomicina¹ i.v
<p><i>S. epidermidis</i> y otros SCN</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensible a meticilina Resistente a meticilina 	<ul style="list-style-type: none"> Cefadroxilo 1 gr/12 h v.o Cotrimoxazol 800/160 mg/12 h

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar quinolonas (ciprofloxacino) por su elevado impacto ecológico y porque no están indicadas en monoterapia en infecciones estafilocócicas.
<i>Streptococcus</i> sp.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilina 1 gr/8 h v.o

¹Para dosificación, ver el apartado “Cómo usar mejor los antimicrobianos”, capítulo “Optimización del uso de vancomicina”

6. IMPLICACIONES DE LA MASTITIS Y SU TRATAMIENTO PARA EL NIÑO AMAMANTADO

Al diagnóstico de mastitis es importante explicar a la madre que:

- Mantener la lactancia es importante tanto para el tratamiento de la mastitis como para la salud del niño y de la madre.
- La calidad nutritiva y funcional de la leche de una mujer con mastitis no es inferior que la leche materna fisiológica y es claramente superior a la de la leche artificial.
- El consumo de leche “mastítica” no conduce a infección en el niño ya que:
 - La leche materna es rica en anticuerpos y sustancias antibacterianas
 - La acidez del estómago contribuye a la destrucción de las bacterias y toxinas ingeridas
 - La concentración de bacterias del intestino infantil es muy superior a la de la leche incluso “mastítica”.
- El niño puede rechazar transitoriamente el pecho por el sabor ligeramente salado de la leche “mastítica”. Si el lactante rechaza la toma de ese pecho se debe mantener la lactancia con el otro, asegurando la extracción adecuada de leche del pecho rechazado mediante sacaleches o de forma manual.
- Los fármacos que se precisan habitualmente para el tratamiento de la mastitis (ibuprofeno, paracetamol y los antibióticos indicados en esta guía) son seguros para el bebé y para la lactancia. Se puede consultar su excreción a la leche, la compatibilidad con la lactancia y las precauciones de uso en madres lactantes en www.e-lactancia.org

Clasificación del riesgo para la lactancia de los principales fármacos utilizados en la mastitis lactacional según www.e-lactancia.org

- **Cefadroxilo y cefazolina**
 - Riesgo muy bajo. Se excreta en cantidad no significativa en LM.
- **Cotrimoxazol (TMP-SMX)**
 - Riesgo muy bajo. El TMP se excreta en leche en una cantidad que supone entre 4-10% de la dosis pediátrica y el SMX en cantidad muy pequeña. Precaución (SMX) en prematuros y recién nacidos con hiperbilirrubinemia. Vigilar la aparición de ictericia en el lactante. Evitar en caso de déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa.
- **Clindamicina**
 - Riesgo bajo probable. Se excreta en cantidad clínicamente no significativa. Vigilar aparición de diarrea en el niño.
- **Vancomicina**
 - Riesgo muy bajo. Se excreta en cantidad clínicamente no significativa en LM.
- **Ibuprofeno**
 - Riesgo muy bajo. Ínfimo o bajo paso a la LM.

7. ABSCESO MAMARIO EN MUJERES LACTANTES

7.1. Etiología

- Causada en la mayoría de los casos por *S. aureus* sensible a meticilina.
- Menos frecuente:
 - *S. aureus* resistente a meticilina de adquisición comunitaria (CA-MRSA) o nosocomial (HA-MRSA)¹
 - *Streptococcus pyogenes* (grupo A) o *agalactiae* (grupo B)
 - Enterobacterias menos frecuente

7.2. Diagnóstico

- Fundamentalmente **clínico**:
dolor mamario, tumefacción, fiebre y fluctuación de una masa palpable, con o sin fiebre y malestar general, en paciente con antecedente reciente de mastitis. Puede no palparse tumor si se localiza en planos profundos en un pecho grande.
- Recomendable **estudio ecográfico** para valorar tamaño, localización, número, locularidad. Las características ecográficas de los abscesos pueden ser muy variables (lesiones quísticas, sólidas o heterogéneas)
- Otras pruebas:
 - **Hemograma**: si afectación del estado general o evolución tórpida.
 - **Mamografía**: solo en caso de que se sospeche malignidad.
 - **Estudio microbiológico**:
Cultivo de leche materna (ver apartado de diagnóstico de mastitis) y/o cultivo del material extraído en la punción o drenaje (enviar muestras para cultivos aerobio-anaerobio en portagerm®).

7.3. Tratamiento antibiótico empírico

- Ambulatorio
 - Cefadroxilo 1 gr/12 h v.o
 - Clindamicina 450 mg/8 h v.o en caso de alergia a penicilina con intolerancia a cefalosporinas.
- En casos graves que requieran ingreso hospitalario
 - Cefazolina 2 gr/8 h IV + vancomicina² IV

7.4. Tratamiento antibiótico dirigido

- Igual que la mastitis aguda.
- Duración en función de la evolución clínica en caso de drenaje por aspiración con aguja. En caso de drenaje quirúrgico completo no es necesario continuar la antibioterapia.

7.5. Tratamiento quirúrgico

- **Primera elección: drenaje por aspiración con aguja**
 - Preferiblemente ecoguiado.
 - Previa aplicación de anestesia local
 - Mediante aguja de 18 G.
 - Suele requerir varias punciones
 - Valorar dejar un drenaje en abscesos >3 cm.
 - Se debe tomar muestra (aspirado) para cultivo aerobio/anaerobio.
 - Debe recomendarse continuar con lactancia materna excepto en caso de fístula del absceso al pezón.

- **2ª elección: incisión y drenaje quirúrgico:**
 - En abscesos >5 cm, múltiples o multiloculados.
 - Con clínica de larga evolución
 - Si hay isquemia-necrosis de piel adyacente (piel fina, tirante, brillante...)
 - Tras fracaso de punciones percutáneas repetidas (no mejoría clínica, progresión de la infección, absceso recurrente, formación de fistulas).
 - Técnica:
 - Requiere ingreso hospitalario o seguimiento ambulatorio estrecho.
 - Anestésico local vs. general según tamaño de absceso, accesibilidad...
 - Técnica: incisión en lugar de máxima fluctuación, evacuación de material purulento, rotura de septos, irrigación de cavidad y colocación de drenaje.
 - Se debe tomar muestra para cultivo aerobio/anaerobio.
 - Evitar el uso de povidona yodada en las curas.
 - Debe recomendarse continuar la lactancia materna, teniendo cuidado de que el lactante no entre en contacto con el drenaje purulento o tejido infectado. Por ello son preferibles las incisiones distales respecto al pezón para disminuir el daño a los conductos y proporcionar mayor comodidad al amamantar. Si no es posible o no se desea continuar la LM se realizará la extracción de leche de forma manual o mecánica.

¹Frecuencia en aumento en España y Europa. Los factores de riesgo de absceso *S. aureus* resistente a meticilina están mal definidos: valorar la adquisición nosocomial, mujeres inmunodeprimidas, tratamiento antibiótico previo, consumo de drogas por vía parenteral... Considerar esta etiología en abscesos con falta de respuesta al tratamiento o infecciones necrotizantes.

²Para dosificación, ver el apartado “Cómo usar mejor los antimicrobianos”, capítulo “Optimización del uso de vancomicina”

Bibliografía:

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Amir LH, Services P, Force T, Task AA. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. 2014;9(5):239-43.
- Reece-Stremtan S, Gray L. ABM Clinical protocol 23: Nonpharmacological Management of Procedure-Related Pain in the Breastfeeding Infant, Revised 2016. Breastfeed Med 2016;11:425-29.
- Mensa, A. Soriano, P. Llinares, J. Barberán, M. Montejo, M. Salavert, L. Alvarez-Rocha, E. Maseda, A. Moreno, J. Pasquau, J. Gómez, J. Parra, J. Candel, J. R. Azanza, J. E. García, F. Marco, D. Soy, S. Grau, J. Arias, J. Fortún, C. A. de Alarcón, J. Picazo. Guía de tratamiento antimicrobiano de la infección por *Staphylococcus aureus*. Rev Esp Quimioter 2013; 26 (Supl. 1):1-84.
- Arroyo R, Martí V, Maldonado A, Jime E, Rodri JM. Treatment of Infectious Mastitis during Lactation : Antibiotics versus Oral Administration of Lactobacilli Isolated from Breast Milk. Clin Infect Dis 2010;50(12):1551-8.
- Delgado S, García- Garrote F, Padilla B, Rodríguez Gómez JM, Romero Diagnóstico microbiológico de la infección bacteriana asociada al parto y al puerperio. 54. Padilla B (coordinadora). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2015.
- Branch-Elliman W, Golen TH, Gold HS et al. Risk factors for Staphylococcus aureus postpartum breast abscess. Clin Infect Dis 2012. 54(1):71-7.

Presentación

Los antimicrobianos se están agotando. Las resistencias bacterianas crecen y se extienden sin cesar, y son ya uno de los principales problemas de salud pública mundial.

Para ello hemos realizado estas guías del PRIOAM donde podrás encontrar información actualizada para el diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades infecciosas.

Queremos pedirte que las utilices y que las difundas, porque nos ayudarán a seguir mejorando el uso de los antimicrobianos y con ello a reducir la mortalidad de los pacientes con infecciones graves, y las resistencias bacterianas. Si lo conseguimos será un gran éxito colectivo.

El equipo del PRIOAM.

Artículos Recientes

Mastitis y absceso mamario lactacional

Ajustes en pacientes con terapia de depuración extracorpórea (TDE) y oxigenador de membrana extracorpóreo (ECMO).

Principales interacciones de los antimicrobianos

Microorganismos Especiales (2017)

Orinas (2017)

Enterococcus (2017)

Staphylococcus sp. (2017)

@guiaprioam



ULCERAS.NET 11 Feb

👉 de alto interés “abordaje del pie Diabetico” infectado (dic17) con el aval de @guiaprioam (diagnóstico, antibioterapia, abordaje local..) 🙌🙌🙌
#evidencebased #enfermeria #piediabetico #diabeticfoot
<https://t.co/OQmvGmkkj8>



Ana I. Gonzalez 10 Feb

Médicos del @HvrSspa realizan dos importantes avances científicos que reducen la mortalidad de los pacientes con infecciones graves y mejoran el uso de los antibióticos. @guiaprioam @saludand
<https://t.co/EZiMexlii7> 

[Ver más Tweets](#)