GESTIÓN DE LA MASTITIS EN MUJERES LACTANTES.

La mastitis se produce en aproximadamente el 10 por ciento de las madres que están amamantando en EE.UU., y puede llevar al cese de la lactancia materna. El riesgo de mastitis se puede reducir con el vaciado frecuente y completo de la mama y mediante la optimización de la técnica de la lactancia materna. El dolor en los pezones puede precipitar la mastitis. El diagnóstico diferencial del dolor en los pezones incluye irritación mecánica El diagnóstico diferencial del dolor en los pezones incluye irritación mecánica de un cerrojo o anomalías pobres bebé boca, como el paladar hendido o infección por levaduras o bacterias. El diagnóstico de la mastitis es generalmente clínico, con pacientes que presentan sensibilidad focal en un pecho acompañado con fiebre y malestar general. El tratamiento incluye el cambio en la técnica de la lactancia materna, a menudo con ayuda de un especialista de la lactancia. Cuando sean necesarios los antibióticos, se prefieren los efectivos contra Estafilococos aureus (Ej. diclosacillin, cephalexin). Como el E. aureus es más común que se vuelva resistente a la meticilina, es probable que sea la causa de la mastitis, y los antibióticos efectivos contra este microorganismo serán los preferidos. Continuar la lactancia debe fomentarse en presencia de mastitis y generalmente no representa un riesgo para el bebé. El absceso de mama es la complicación más común de la mastitis. Puede prevenirse con el tratamiento temprano de la mastitis y la lactancia. Una vez que se produce un absceso, es necesario un drenaje quirúrgico o aspiración con aguja. La lactancia materna puede continuar normalmente en presencia de un absceso tratado. La mastitis se define como la inflamación de la mama. Aunque puede ocurrir espontáneamente o durante la lactancia, esta se limita a la mastitis en mujeres lactantes. Con mastitis clínica nos referimos a una inflamación localizada, dolorosa de la mama que ocurre en relación con síntomas de tipo gripal (fiebre, malestar general).

La mastitis es especialmente problemática, ya que puede conducir a la interrupción de la lactancia materna, la cual proporciona la nutrición infantil óptima. Los objetivos de HEALTHY PEOPLE 2010 para la lactancia materna son que el 75% de las madres que inician la lactancia, con un 50 % y 25% que continúen de 6 a 12 meses, respectivamente. A partir de 2005, la mayoría de los estados no estaban cumpliendo con estos objetivos (Figura 1). Para prolongar la duración de la lactancia, los médicos de familia deben ser más hábiles para ayudar a las madres a superar problemas de la lactancia como la mastitis. La incidencia de la mastitis varía ampliamente entre las poblaciones, probablemente debido a las variaciones en los métodos de lactancia y apoyo. Un estudio de 946 madres lactantes, seguidas de forma prospectiva, encontró una incidencia de 9,5 por ciento. Aunque la mastitis puede ocurrir en cualquier momento durante la lactancia, es más común en el posparto durante la segunda y tercera semana, con 75 a 95 por ciento de los casos ocurridos antes de que el bebé tenga 3 meses de edad. Es igual de común en la mama derecha o izquierda. Los factores de riesgo de la mastitis se enumeran en la *tabla 1*.

**PREVENCIÓN DE LA MASTITIS.**

Se han publicado pocos ensayos sobre los métodos para prevenir la mastitis. La mayoría de las intervenciones se basan en experiencias clínicas o informes anecdóticos. Debido a que se cree que la mastitis resulta en parte por la eliminación inadecuada de leche de la mama, la optimización técnica de la lactancia materna es probablemente beneficiosa. Sin embargo, un ensayo mostró que una sola consejería en una sesión de 30 minutos sobre la técnica de la lactancia materna no tiene un efecto estadísticamente significativo sobre la incidencia de mastitis. Por lo tanto es necesario un apoyo continuo para lograr mejores resultados. Los asesores en lactancia pueden ser muy valiosos en este esfuerzo. Además, la desinfección de las manos junto a la cama de las madres lactantes en la unidad de posparto ha demostrado reducir la incidencia de la mastitis.

**FACTORES DE RIESGO.**

El dolor en los pezones puede ser un indicador temprano de pacientes con mastitis. Durante las primeras semanas de la lactancia materna, el dolor en los pezones es a menudo causado por un cierre deficiente en la alimentación infantil. El cierre puede ser mejor evaluado por alguien con experiencia en lactancia, que observe la alimentación. El uso de almohadillas de plástico puede conducir a la irritación del pezón por la humedad atrapada. Para algunos pezones que están siempre secos, es beneficiosa la aplicación de leche materna extraída o lanolina purificada. Las fisuras en el pezón pueden causar dolor y pueden servir de puerta de entradas para las bacterias que causan mastitis. Un estudio aleatorio con madres que tenían grietas en el pezón dio positivo para Estafilococos aureus, se trataron con la aplicación de mupirocina tópica (Bactroban) 2% ungüento o pomada de ácido fusídico (no disponible en los EEUU), o la terapia oral con cloxacilina (ya no está disponible en EEUU) o eritromicina. Las madres en el grupo de antibióticos por vía oral presentaron una resolución mucho mejor en las grietas de los pezones. La obstrucción de las vías de leche también puede conducir a la mastitis. Esta condición se presenta como sensibilidad localizada en el seno por la alimentación inadecuada. Un área roja, firme y sensible está presente en la mama afectada, y una dolorosa ampolla blanca puede estar presente en el pezón (de 1mm). Esta ampolla puede ser debida al sobre-crecimiento del epitelio o una acumulación de partículas o materia grasa. La eliminación de la ampolla con una aguja estéril o frotando con un paño puede ser beneficiosa. Otros tratamientos incluyen la lactancia materna frecuente o el uso de compresas calientes o duchas. El masaje de la zona afectada hacia el pezón suele ser útil. Debe ser evitada la ropa muy apriete. La infección por levaduras puede aumentar el riesgo de mastitis, causando grietas del pezón o mal balance de leche. La infección por levaduras se debe sospechar cuando se describe un dolor punzante a menudo en el pezón a través de la mama hasta la pared torácica desproporcional a los hallazgos clínicos. Esta condición se asocia a menudo con las infecciones por hongos, tales como aftas orales o dermatitis del pañal. La cultura de la leche o la boca del bebé no suele ser útil. El tratamiento de la madre y el niño es esencial. Los agentes tópicos que a menudo son eficaces incluyen nistatina (Mycostatin) para el bebé o la madre, o el miconazol (Micatin) o ketoconazol (Nizoral, la marca ya no está disponible en los Estados Unidos) para la madre. La aplicación de 1% de violeta de genciana en agua es una alternativa barata y eficaz a menudo. Antes de comer, la solución se aplica con un hisopo de algodón para la zona de la boca del niño que entra en contacto con el pezón. Después de la alimentación, cualquier área del pezón que no sea de color púrpura se pinta con la solución. Este procedimiento se repite de tres a cuatro días. Aunque no está aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos de EE.UU. A para el tratamiento de la mastitis, fluconazol (Diflucan) se prescribe a menudo para la madre y el niño con casos graves de mastitis. La dosis para la madre es de 400 mg el primer día, seguidos de 200 mg al día durante un mínimo de 10 días. La dosis única de tratamiento, como la utilizada para la candidiasis vaginal, es ineficaz. El bebé no está adecuadamente tratado por el fluconazol que pasa a la leche materna, y debe tratarse con 6 a 12 mg por kg el primer día, seguido de 3 a 6 mg / kg / día durante al menos 10 días.

Anomalías de la boca infantil (por ejemplo, labio leporino o paladar hendido) puede conducir a un traumatismo del pezón y aumentar el riesgo de mastitis. Los bebés con el frenillo corto (Figura 2) pueden ser capaces de extraer la leche del pecho con eficacia, lo que lleva a un trauma en el pezón. La frenulotomía puede reducir el trauma del pezón y normalmente es un procedimiento simple, sin derramamiento de sangre que puede realizarse sin anestesia. La incisión se hace a través de la banda traslúcida de tejido debajo de la lengua evitando los vasos sanguíneos o tejidos que puedan contener nervios o músculos.

**DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico de la mastitis se hace de forma general, clínicamente. Los pacientes presentan típicamente dolor localizado de la mama unilateral y eritema, acompañados de una fiebre de 38.5º C, malestar general, fatiga, dolor de cuerpo y dolor de cabeza. La figura 3 muestra un ejemplo del aspecto clínico de la mastitis. Los cultivos rara vez se utilizan para confirmar la infección bacteriana de la leche debido a que cultivos positivos pueden resultar de una colonización bacteriana normal, y dan falsos negativos en los cultivos y no se descarta la mastitis. Los cultivos han sido recomendaros cuando la infección es severa, inusual o adquirida en el hospital, o si no responde al tratamiento de dos días con los antibióticos apropiados. Los cultivos también se consideran en localidades con una alta prevalencia de resistencia bacteriana. Para los cultivos de leche, la madre debe limpiar sus pezones, echar en la mano una pequeña cantidad de leche y desecharla. A continuación, debe entregar una muestra de leche en un recipiente estéril, teniendo cuidado de no tocar con el pezón el recipiente.

**TRATAMIENTO.**

El tratamiento de la mastitis se inicia con la mejora técnica de la lactancia materna. Si la madre deja de drenar el pecho durante un episodio de mastitis, se habrá aumentado el balance de leche y es más propenso a desarrollar un absceso. Consultar con un especialista en lactancia materna es a menudo de un valor incalculable. Las madres deben beber mucho líquidos y descansar lo suficiente. No se ha demostrado la utilidad del ultrasonido terapéutico. Los remedios homeopáticos no han sido bien estudiados para la seguridad o eficacia. Debido a que la madre y el niño suelen ser colonizados por los mismos organismos, con el tiempo se desarrolla mastitis. La lactancia materna puede continuar durante un episodio de mastitis sin preocuparse de la infección bacteriana que se trasmite al bebé. Además, la leche de un pecho con mastitis se ha demostrado que tiene mayores niveles de algunos componentes anti- inflamatorios que pueden tener un efecto protector para el bebé.

La continuación de la lactancia materna no representa un riesgo para el bebé, de hecho, permite una mayor posibilidad de la lactancia materna después de la resolución de la mastitis y permite la eliminación de forma más eficiente de leche materna de la zona afectada. Sin embargo, a algunos bebés puede que no les guste el sabor de la leche del pecho infectado, posiblemente debido a un mayor contenido en sodio. En esos casos, la leche se puede bombear y desecharla.

 La transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de madre a hijo es más probable en presencia de mastitis. Esto es precisamente importante en países en vías de desarrollo donde las madres que son VIH positivas suelen dar el pecho. La Organización Mundial de la Salud recomienda que las mujeres con infección por el VIH que estén amamantando, se eduquen sobre los métodos para evitar mastitis y que aquellos que desarrollan mastitis, eviten la lactancia en el lado afectado hasta que la condición se resuelva.

Además de drenar la leche materna lo más posible, los antibióticos suelen ser necesarios para tratar la mastitis. Hay pocos estudios disponibles para guiar al médico a determinar cuándo se necesitan antibióticos, o en la selección de los antibióticos. Si se obtuvo un cultivo, los resultados pueden guiar en la terapia. Debido a que el microorganismo más frecuente es el E. aureus, los antibióticos que son eficaces deben ser seleccionados empíricamente. En la Tabla 2 se muestran los antibióticos que se utilizan comúnmente para tratar la mastitis. La duración del tratamiento antibiótico tampoco se ha estudiado, pero los cursos habituales son de 10 a 14 días. La revisión Cochrane del tratamiento con antibióticos en mujeres con mastitis está en curso. Como la infección de pacientes externos con E. aureus resistentes a la meticilina (SARM) es cada vez más común, los médicos deben ser conscientes de la prevalencia y las sensibilidades locales de este organismo. El informe de un caos reciente describe la contaminación de SARM de leche materna extraída e implica esto en la muerte de un bebé prematuro con sepsis. Rara vez se han implicado organismos distintos de E. aureus como causa de mastitis. Estos incluyen a los hongos como Candida albicans, así como del grupo A beta-hemolítico Streptococcus, Streptococcus pneumoniae, Escherichia coli, y Mycobacterium tuberculosis.

**COMPLICACIONES.**

Una de las complicaciones más comunes de la mastitis es el cese de la lactancia materna. Las madres deben recordar los muchos beneficios de la lactancia y animarse a continuar. Una complicación potencial es el desarrollo de un absceso, que se presenta de manera similar a la mastitis, excepto que hay un área firme en el pecho, a menudo con fluctuación. Un absceso puede ser confirmado por ecografía y debe ser tratado con drenaje quirúrgico o aspiración con aguja, los cuales posiblemente sea necesario repetir. El fluido procedente de un absceso debe ser cultivado, y los antibióticos que se debe administrar, se indican en la Tabla 2. La lactancia materna normalmente puede continuar, excepto si la madre está gravemente enferma. Dado que el cáncer de mama inflamatorio puede parecerse a la mastitis, esta condición debe ser considerada cuando la presentación es atípica, o cuando la respuesta al tratamiento no es el esperado.

**RECURSOS.**

La Asociación Internacional de Consultores en Lactancia es una organización de especialistas en lactancia acreditada. Su sitio web (http://www.ilca.org). La “Leche League Internacional” (<http://www.llli.org>) tiene muchos folletos para ayudar a las madres lactantes con dolores comunes (por ejemplo, dolor en los pezones).