

Plan de cuidados estandarizado de la mastitis puerperal

Standardized care plan of postpartum mastitis

Autora: Carrasco García, María Ángeles.

Dirección de contacto: marya5555@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Carrasco García, María Ángels. Plan de cuidados estandarizado de la mastitis puerperal. NURE Inv. [Internet]. 2012 jul-agos [citado día mes año];9(59):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE59_protocolo_mastitis.pdf

Fecha recepción: 16/04/2011

Aceptado para su publicación: 21/06/2011

Resumen

Introducción: La mastitis puerperal o mastitis de la lactancia es una afección del puerperio que representa uno de los principales motivos de abandono de la lactancia materna. Principalmente suele ocurrir entre la semana 2ª y 3ª del posparto. La evidencia científica corrobora que el interrumpir la lactancia ante un ataque de mastitis no favorece la recuperación y que un amamantamiento exclusivo y sin restricciones son medidas eficaces de prevenir la éstasis de leche y la diseminación de la infección.

Objetivo: El objetivo principal es unificar cuidados y criterios en la asistencia sanitaria integrando los niveles asistenciales mediante la continuidad de cuidados, con el fin de promover cuidados específicos de las mamas que impidan la aparición de dicha patología.

Metodología: Desarrollo de un plan de cuidados individualizado para permitir una comunicación efectiva entre profesionales y aplicación de cuidados de calidad.

Conclusiones: La matrona y el personal de enfermería desempeña un papel muy importante en la detección de aquellas mujeres que presentan los primeros síntomas de aparición de mastitis en el posparto intermedio, tanto en la sala de maternidad como en la consulta de atención primaria.

Palabras clave

Mastitis, lactancia materna, cuidados, infección puerperal, mama.

Abstract

Introduction: Puerperal mastitis or mastitis Breastfeeding is a postpartum condition that represents one of the main reasons for abandoning breastfeeding. Mainly usually occurs between weeks 2 and 3^a postpartum. The scientific evidence confirms that the stop breastfeeding before an attack of mastitis is not conducive to recovery and that of exclusive breastfeeding and no restrictions are effective measures to prevent milk stasis and the spread of infection.

Objective: The main objective is to unify criteria for the care and integrated health care levels of care through continuity of care to promote breast-specific care to prevent the emergence of this disease.

Methodology: Development of a standardized care plan to enable effective communication between professionals and implementation of quality care.

Conclusions: The midwife and the nurse plays an important role in identifying those women with early-onset symptoms of postpartum mastitis in the middle, both in the maternity ward and in the primary care clinic.

Key words

Mastitis, breastfeeding, care, puerperal infection, breast.

Centro de Trabajo: Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

1. INTRODUCCIÓN

La mastitis es una afección inflamatoria del pecho, la cual puede acompañarse o no de infección. Habitualmente se asocia con la lactancia, así que también es conocida como mastitis de la lactación o mastitis puerperal (1).

La mastitis es más frecuente durante las semanas segunda y tercera del postparto, aunque la mayoría de estudios que recoge la OMS en el informe WHO (1) de 2000 señalan que entre el 74% y el 95% de los casos ocurren en las primeras 12 semanas. No obstante, puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia, teniendo una incidencia variable inferior al 10%, entre el 2-5% (1); aunque en una revisión realizada sobre el tema publicada en la Cochrane (2), describen una incidencia entre el 2-33% de las mujeres que lactan desarrollan mastitis.

Esta patología del puerperio representa uno de los principales motivos de abandono de la lactancia materna por lo que la matrona desempeña un papel muy importante en la detección de aquellas mujeres que presentan los primeros síntomas en el posparto intermedio, tanto en la sala de maternidad como en la consulta de atención primaria; además de promover cuidados específicos de las mamas que impidan la aparición de mastitis.

1.1. Clasificación y etiología (3)

- **No infecciosa:** aparecen síntomas inflamatorios debido al acúmulo o retención de leche. Generalmente se produce por un mal vaciado de la mama, y en algunas ocasiones, el agua de la leche se reabsorbe y los componentes se acumulan pudiendo evolucionar a una mastitis infecciosa.
- **Infecciosa:** el organismo patógeno generalmente es el estafilococo áureo aunque puede también estar presentes bacterias tipo estreptococo, haemophilus o escherichia coli. Dichos organismos son transportados por las manos y las ropas de la puerpera hasta las grietas o fisuras del pezón donde alcanzan los conductos galactóforos. Otras vías de transmisión pueden ser: canalicular o linfática, hematológica.

El recuento de leucocitos en la leche, el recuento de colonias de bacterias y el cultivo pueden ser pruebas útiles para diferenciar la mastitis infecciosa de la no infecciosa.

- **Crónica:** Aparece como consecuencia de un tratamiento inadecuado o tardío de una mastitis originaria.
- **Micótica:** producida generalmente por Candidas Albicans. Suelen aparecer de forma secundaria a una mastitis tratada con antibióticos.

1.2. Clínica

La sintomatología que suele aparecer es una induración dolorosa en la superficie de la mama (normalmente solo un pecho afectado) junto con inflamación, enrojecimiento, hinchazón, y calor en la zona. Además, puede presentar fiebre de 39-40º junto con escalofríos. Si la infección progresa puede formar un absceso (colección purulenta bien delimitada) (4).

Para realizar una diagnóstico diferencial, en las mastitis micóticas aparece dolor que va aumentando de intensidad durante la toma del lactante; las mujeres lo refieren en forma de agujas punzantes. Tras dejar de lactar, el dolor no cede de golpe. No suele aparecer fiebre ni malestar general. A la exploración el aspecto del pezón es normal aunque a veces se observan placas blanquecinas. El bebé puede presentar muguet en la boca, placas blancas que no desaparecen tras rasparse con una gasa ("como leche coagulada"). En la mujer, a veces se da también afectación de otras partes del cuerpo por hongos como vaginitis (4).

Por otra parte, también es importante diferenciarlo con la ingurgitación mamaria (5) que es la presencia de hinchazón de ambas mamas, brillantes, turgentes y pletóricas. Las mamas están blandas a la palpación (sin induración localizada), sin fiebre y sin eritema y aparece entre el 2ª-6ª día posparto. Estas mujeres que lo sufren refieren sensación de plenitud, calor y pesadez en las mamas durante la aparición de varios cambios fisiológicos que dan lugar a la producción de leche. Estos cambios se deben a un aumento y dilatación de la irrigación vascular, los leucocitos se instalan entre las células secretoras y al acúmulo de leche para fabricar inmunoglobulinas.

1.3. Los principales factores que influyen en la aparición de mastitis son:

- Episodios previos de mastitis.
- Grietas en el pezón; esta dolencia está fuertemente asociada con la aparición de mastitis. La mayoría de veces ambas están causadas por una

- mala posición del niño al pecho, produciéndole una lesión e impidiendo una extracción eficaz de la leche. Además, predispone a la retención de la leche y se crea una puerta de entrada para microorganismos. (1,3, 6, 7)
- Obstrucción de conductos galactóforos, no tratado. (3,7)
 - Ingurgitación mamaria, pues si no se evacúa la leche, se acumula y aparecen gérmenes. (7)
 - Se ha observado que cuando se fija un horario restrictivo para las tomas de pecho, se relaciona con un mayor porcentaje de aparición de grietas, ingurgitación y por lo tanto, mastitis. (7)
 - Un estudio muy amplio de EEUU sobre la incidencia de las mastitis concluye que la tensión, el estrés y el no descanso son factores que influyen en la aparición de esta patología. (8)
 - El uso de chupete o biberón y tetinas es objeto de controversia. La introducción de tetinas artificiales se asocia con grietas del pezón y con un mal agarre al pecho, ingurgitación y reducción en la frecuencia y duración del amamantamiento. Muchos bebés toman biberón o chupete sin problemas aparentes, pero esto se ha asociado a una menor duración del tiempo de lactancia. (7)
 - El frenillo corto interfiere con el agarre al pecho produciendo grietas y fisuras en el pezón lo que reduce la eficiencia de la extracción y predispone a la mastitis. Si el frenillo es tan corto que la lengua no llega al labio, la encía muerde directamente el pecho, y le cuesta mucho mamar.(3)
 - Se ha observado que el uso de chupetes y biberón aumenta el dolor en el pezón. (3) (9)
- #### 1.4. Actuación recomendada
- ##### 1.4.1. Medidas higiénicas
- Amamantar muy a menudo el pecho afectado. No se recomienda dejar la lactancia ante un episodio de mastitis por mayor riesgo de absceso. (10)
 - Descansar.
 - Controlar la temperatura.
 - Lavado de manos vigoroso.
 - Adecuada hidratación y alimentación.(10)
 - Masajear suavemente cualquier zona abultada mientras el niño está mamando para ayudar a que la leche fluya de ella; no ejercer mucha presión para no favorecer la inflamación.(10)
 - Colocar compresas con agua tibia sobre el pecho afectado, bañarse o ducharse con agua tibia para favorecer la eyección láctea. (9), (10)
 - Se recomienda mantener los pezones limpios y secos para prevenir la aparición de grietas (9). Aunque no se recomienda lavar los pezones antes y después de cada toma puesto que la humedad empeora el cuadro de mastitis. (7)
 - El uso de la leche en el pezón previene de la aparición de grietas, pues posee inmunoglobulinas y linfocitos que protegen el pezón. (9)
 - Evitar la utilización de cremas, protectores de celulosa y soluciones para el lavado de los pezones; sólo se aplicará agua limpia sin jabón durante la ducha diaria. No se ha demostrado utilidad en el uso de cremas aunque a veces se recomiendan cremas con vitaminas A, D o cortisona como tratamiento de las grietas en el pezón. (7)
 - Si existe mucho dolor o grietas, comenzar la succión por la mama menos afecta para estimular el reflejo de oxitocina (7), (10).
 - Antes de poner al bebé al pecho, extraer un poco de leche para disminuir la tensión de la areola y facilitar el agarre.(10) , (11)
 - Cuando el dolor provocado en las tomas directas sea más intenso y doloroso para la madre, usar si es necesario sacaleches, bombas de extracción dobles o evacuar la leche de forma manual al final de las tomas. (11)
 - Evitar vasoconstrictores como la cafeína y el tabaco. (11)
 - El uso de pezoneras aunque sean de las más indicadas (de silicona ultra fina y tamaño adecuado) no parecen mejorar la comodidad de la madre afectada, incluso pueden aumentar las lesiones por rozamiento, aunque en algunos casos parece posibilitar las tomas directas al pecho. (7) ,(12)
 - El uso de escudos aireadores puede evitar el dolor por roce con la ropa, mejorar la actuación de las pomadas tópicas, y no interferir en el proceso de cicatrización.(12)

1.4.2. Asesoramiento de apoyo

La mastitis es una experiencia dolorosa y frustrante, hace que muchas mujeres se sientan muy afectadas por lo que es muy importante el apoyo emocional. La persistencia del dolor genera un aumento de la frustración así como la confusión generada por probables consejos contradictorios de profesionales, amigos o red social; lo cual, puede inclinar a la mujer a no seguir amamantando.

Necesita una orientación clara acerca de todas las medidas necesarias para el tratamiento, de cómo continuar amamantando o extrayendo leche del pecho afectado.

Es importante, reafirmar el valor de la lactancia natural, que es seguro continuar, que la leche del pecho afectado no dañará a su hijo, y que su pecho recobrará después tanto su forma como su función. Necesita el estímulo de que vale la pena el esfuerzo de superar sus actuales dificultades.

Es decir, las mujeres y quienes las asisten necesitan conocer el manejo eficaz de la lactancia al pecho, tanto para alimentar adecuadamente al niño como para mantener sanos los pechos. (1)

1.4.3. Vaciamiento eficaz de la leche

Esta es la parte más esencial del tratamiento. Los antibióticos y el tratamiento sintomático pueden hacer que la mujer se sienta mejor temporalmente, pero a menos que se mejore el vaciamiento de la leche, la afección puede llegar a empeorar o recidivar a pesar de los antibióticos.

Por lo que, una función importante de la matrona y personal de enfermería en el puerperio inmediato es ayudar a la madre a mejorar el agarre de su hijo al pecho, para ello:

- Comenzar el amamantamiento en la primera hora tras el parto.
- Fomentar la técnica piel con piel de la madre y su recién nacido al nacimiento y el colecho, ya que previene de infecciones hospitalarias y permite un agarre precoz del recién nacido al pecho. (1)
- Amamantar sin restricciones, tanto en la frecuencia como en la duración de las tomas, y permitir al niño que termine en un pecho, antes de ofrecer el otro.

- No utilizar biberones y chupetes al inicio de la lactancia (favorecen una mala colocación de la lengua)
- Erradicar el mito de que la lactancia debe doler.
- Control de los signos de buen agarre al pecho como: observar que el bebé abre la boca ampliamente; la areola está más visible por encima del labio superior del niño que por debajo de su labio inferior; la barbilla del niño toca el pecho, ver si el labio inferior del niño está evertido y si está bien alejado de la base del pezón. (11)
- Explicarle técnicas o posiciones para evitar y tratar las mastitis:
 - El recién nacido boca abajo y la madre en decúbito supino.
 - De lado: abdomen con abdomen (la barbilla a la altura del pecho)
 - Sentada con la espalda recta, el niño en el antebrazo.
 - Como una pelota de rugby, el niño en un antebrazo pero al revés.

1.4.4. Tratamiento farmacológico

- Analgesia para el dolor y la inflamación. El uso de antiinflamatorios, tipo ibuprofeno, son más eficaces para la reducción de los síntomas que el paracetamol. (10)
- Actualmente existe controversia entre la administración de antibioterapia en las mastitis de la lactancia, aunque en una revisión sobre el tema publicada en la Cochrane (2) ha determinado que no está demostrado que el uso de antibióticos sea efectivo en la mastitis de la lactancia.

2. OBJETIVO

Principal

El objetivo de este trabajo es presentar un plan de cuidados estandarizado mediante los códigos enfermeros NANDA, NIC y NOC con el fin de establecer una continuidad de cuidados de calidad y mejorar en la praxis.

Específicos

- Utilizar un lenguaje común y cuidados basados en la evidencia científica.
- Prevenir estados patológicos en el puerperio.
- Promover cuidados saludables de forma continuada con la colaboración de un equipo multidisciplinar.

3. DESARROLLO

Diagnósticos de Enfermería

Diagnostico de enfermería real

- **Lactancia materna ineficaz r/ c Déficits de conocimientos**, historia previa de lactancia materna ineficaz, toma de alimentación complementaria, ansiedad materna M/P llanto y agitación del bebe tras la tetada, insatisfacción con el proceso de amamantamiento tanto de la madre como del bebe (dolor en la mama con la succión, el bebe no come...)

Definición

La madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el amamantamiento.

Problema de colaboración

- Dolor secundario a grietas y enrojecimiento de las mamas.

Complicación potencial

- **Mastitis, absceso mamario** secundario a grietas en el pezón como puerta de entrada de los microorganismos, éstasis de la leche, obstrucción de los conductos galactóforos.

Plan de cuidados

El Plan de Cuidados se describe en la **Tabla 1**.

4. CONCLUSIÓN

La realización de un plan de cuidados nos permite solventar las necesidades alteradas de cada paciente mediante la consecución de unos objetivos específicos prefijados. Es un método organizado para asignar cuidados de enfermería con la finalidad de realizar actividades enfermeras con una base metodológica científica, lo que nos permite mejorar la calidad de los cuidados, además de unificar el lenguaje enfermero así como ahorrar tiempo en la comunicación entre el personal.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Mastitis: causes and management. WHO/FCH/CAH/00.13. Ginebra: WHO; 2000.
2. Shayesteh Jahanfar, Chirk-Jenn Ng, Cheong Lieng Teng. Antibióticos para la mastitis en mujeres que amamantan (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD005458. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Díaz NM. Problemas tardíos de las mamas. En: Aguayo J, Gómez A, editores. Manual de lactancia materna. Madrid: Panamericana; 2008. p. 250-255.
4. Cabero A, Zapardiel I, Pelegay MJ, Villegas M. La infección puerperal: estudios de sus diversas formas. En: Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT, editores. Libro de fundamentos de obstetricia. SEGO: Madrid; 2007.
5. Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Tratamientos para la ingurgitación mamaria durante la lactancia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Amir L, Forster D, Lumley J, McLachlan H. Un estudio descriptivo de la mastitis en las mujeres que amamantan de Australia: la incidencia y los factores determinantes. BMC Public Health. 2007; 7: 62.

- 7.- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría . Lactancia materna: Guía para profesionales. Monografía de la AEP nº5. Ergon: Madrid; 2008.
- 8.- Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo JK, Schwartz K. Lactation mastitis: Occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in United States. Am J Epidemiol. 2002 Ene ; 155 (2): 103-14.
9. JBI. El manejo del pezón y o las lesiones asociadas a la lactancia materna. Reproducido de Best practise. JBI reports. 2003; 7 (3):1-7.
10. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol 4: mastitis. Breastfeed Med . 2008 Sep; 3(3):177-80.
11. Lasarte J.J, Lozano Mª J. Técnica del amamantamiento. En: Aguayo J, Gómez A , editores. Manual de lactancia materna. Madrid: Panamericana; 2007. p.74-82.
12. Herrero H. Propuesta de abordaje del dolor, lesiones en los pezones y las mamas. Med Natur. 2008 jun-ago; 2(3): 200-10.
13. Luis MTª. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2004.
14. NANDA (Asociación Norte Americana De Diagnósticos Enfermeros). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier; 2008.
15. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
16. McCloskey J, M Burlechek G. Clasificación de las intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.

Tabla 1. Plan de Cuidados

Diagnósticos Enfermeros	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC) y Actividades Enfermeras
<p>Lactancia materna ineficaz</p> <p>Relacionado con</p> <p>Deficits de conocimientos</p> <p>Manifestado por</p> <p>Llanto y agitación del bebe tras la tetada, insatisfacción con el proceso de amamantamiento</p>	<p>1800 Conocimientos: lactancia materna</p> <p>Indicadores de resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 180005 Técnica adecuada para amamantar al bebe. • 180012 Evaluación del pezón. • 180014 Razones para evitar el uso inicial de tetinas y suplementos superficiales. • 180013 Signos de mastitis, obstrucción de los conductos, traumatismo del pezón. <p>1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre</p> <p>Indicadores de resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100101 Comodidad de la posición durante la alimentación. • 100106 Reconoce la deglución del lactante. • 100107 Interrupción de la succión antes de retirar al lactante del pecho. • 100121 Técnicas para evitar la hipersensibilidad de los pezones. • 100109 Evitar darle tetina al lactante. • 1001118 Satisfacción con el proceso de lactancia. <p>1000 Establecimiento de la lactancia materna: Lactante</p> <p>Indicadores de resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100004 Compresión de la areola adecuadamente. • 100004 Succión y colocación de la lengua correctamente. • 100011 Lactante satisfecho tras la lactación. 	<p>5244 Asesoramiento en la LM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al padre y a la madre de las ventajas de la alimentación de pecho. • Determinar el deseo y la motivación de la madre para dar de mamar. • Corregir conceptos equivocados, mala información sobre la alimentación de lactante. • Mostrar técnicas de amamantamiento, y de masaje de los pechos y explicarle sus ventajas para aumentar el suministro de leche <p>1054 Ayuda en la Lactancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación de la madre para que dé el pecho al bebé. • Vigilar la capacidad del bebe para mamar. • Animar a la madre para que pida ayuda en los primeros intentos de cuidados, para que pueda conseguir dar el pecho con la frecuencia que demande el bebé. • Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, y las habilidades de agarre. • Facilitar la intimidad y comodidad. • Fomentar el chupeteo no nutritivo del pecho. • Animar a la madre a utilizar ambos pechos en cada toma y que no limite el tiempo de mamar. • Controlar la integridad de la piel de los pezones. • Enseñar cuidados de los pezones y prevención de aparición de grietas. • Comentar la utilización de bombas de succión si fuera necesario y su funcionamiento.

Diagnósticos Enfermeros	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC) y Actividades Enfermeras
<p>Complicación Potencial</p> <p>Dolor secundario a grietas y enrojecimiento de las mamas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Referirá disminución o alivio del dolor. 	<p>1400 Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorar la localización del dolor, características, frecuencia, intensidad... Administración de analgésicos-anti-inflamatorios prescritos. Aplicar técnica frío-calor, masajes durante la actividad que aumenta el dolor.
<p>Complicación potencial de mastitis secundario a grietas en el pezón como puerta de entrada de microorganismos, éstasis de la leche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir la aparición de infección y complicaciones. 	<p>Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Toma de la temperatura corporal. Valorar los pezones. Prevención de mastitis mediante una buena evacuación de la leche, pechos no húmedos, no uso de cremas, buena técnica de amamantamiento...). Detección precoz de signos y síntomas de Mastitis (inflamación, enrojecimiento, dolor, calor...). Administrar antibioterapia si precisa.