



PUERPERIO

Coordinadora: Rocío Valdés Gallardo

PUERPERIO	1
701 – FIEBRE PUERPERAL	2
702 – HEMORRAGIA PUERPERAL TARDÍA	7
703 – INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA	10
704 – MASTITIS	14

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS DE OBSTETRICIA del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

ISBN: 978-84-09-46031-1

Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

701 – FIEBRE PUERPERAL

Valdés Gallardo, Rocío
Rosales Torbaño, Cristina

INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

Definimos fiebre puerperal cuando se constata una temperatura termometrada superior a 38°C, en dos ocasiones separadas al menos seis horas, desde las 24 horas del parto hasta seis semanas posparto. Las principales causas de fiebre puerperal son:

CLÍNICA

CAUSAS DE FIEBRE PUERPERAL

Endometritis puerperal	<ul style="list-style-type: none"> - Aparece entre 1- 10 días posparto (lo más frecuente es entre el 3º-4º día posparto) - Infección posparto del tejido endometrial potencialmente grave que sin tratamiento puede evolucionar a una pelviperitonitis difusa e incluso a una septicemia puerperal - Cuando la endometritis aparece de forma precoz (primeras 24 horas posparto) es más frecuentemente monomicrobiana y los agentes causales más frecuentes son: <i>Staphylococcus aureus</i>, estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (<i>S.pyogenes</i>) y B (<i>S.agalactiae</i>), <i>Clostridium</i> spp - Forma tardía (entre la 1ª-6ª semana del puerperio) suele ser polimicrobiana - Clínica: fiebre, dolor hipogástrico, dolor a la movilización uterina, útero subinvolucionado, metrorragia persistente o loquios malolientes
Infección herida quirúrgica (cesárea, episiotomía)	Ocurre 5 % de los partos por cesárea, generalmente a los 4-7 días tras la intervención. Los microorganismos causantes de la infección pueden proceder de la propia flora cutánea (<i>Staphylococcus Aureus</i>) o vaginal que haya contaminado el útero o la cavidad amniótica (flora aerobia y anaerobia como en la endometritis puerperal).
Mastitis puerperal	<ul style="list-style-type: none"> - Infección del parénquima mamario, especialmente relacionado con la lactancia materna - Patógenos: estreptococos y anaerobios y con menor frecuencia la piel (<i>Staphylococcus Aureus</i>) - El momento de presentación más habitual es a las 2-3 semanas del inicio de la lactancia. Se estima que ocurre en 2-10% de las madres que lactan, pero el porcentaje de las que requieren ingreso es mucho menor
Pielonefritis aguda u otras infecciones sistémicas	Valorar otros focos de fiebre
Tromboflebitis pélvica séptica	Se considera diagnóstico de exclusión. A considerar únicamente en los casos de persistencia del cuadro febril después de haber descartado otras causas de fiebre puerperal

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS

Identificar factores de riesgo intrínsecos maternos, así como factores de riesgo relacionados con el parto. En caso de fiebre intraparto, cesárea o alumbramiento manual, confirmar si recibió antibioterapia (fármaco, dosis, duración).

FACTORES DE RIESGO

Maternos	<ul style="list-style-type: none"> - Inmunodepresión materna (diabetes mellitus, tratamiento inmunosupresor, corticoterapia, VIH, enfermedades sistémicas) - SGB positivo - Obesidad (Infección de herida quirúrgica)
Intraparto	<ul style="list-style-type: none"> - Duración, tiempo de amniorrhexis, prematuridad - Cesárea (Urgente > parto en curso > electiva) - Parto instrumentado - Alumbramiento manual - Revisión manual de cavidad uterina
Posparto	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia (Hb <8 g/dl) - Seroma/Hematoma herida quirúrgica, drenaje, limpieza/cuidado insuficiente de la herida quirúrgica

EXPLORACIÓN

Exploración física por sistemas	Descartar foco infeccioso que justifique el cuadro febril (signos meníngeos, adenopatías, exploración ORL, auscultación pulmonar, exploración abdominal, signos de tromboflebitis, etc.)
Exploración ginecológica completa	Valoración de loquios, movilización cervical, descartar masas anexiales, etc.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica general	Hemograma, estudio de coagulación, creatinina, GPT y PCR
Básico de orina	Sedimento básico y elemental
Eco ginecológica	Valorar útero, grosor endometrial, zona anexial, abscesos...
Cultivo de aspirado endometrial	Tomar muestra con cánula para aspirado y estudio GRAM, aerobios y anaerobios
Urocultivo	
Hemocultivo	Si fiebre y/o escalofríos
TAC	Sólo en casos de sospecha de gravedad y si no se obtiene la respuesta esperada a las 48 horas de la pauta antibiótica

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

ANTIBIOTERAPIA

ANTIBIOTERAPIA

Antibioterapia de primera elección	Antibioterapia de 1ª elección en paciente alérgica a Penicilina
<ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona IV 2 g/24 horas + - Metronidazol IV 500 mg/8 horas + - Doxiciclina oral o IV 100 mg/12 horas (si la fiebre comenzó >48 horas tras parto) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aztreonam IV 1 g/8 horas + - Clindamicina IV 900 mg/8 horas
Antibioterapia en situaciones graves	Antibioterapia en situaciones graves y alergia a Penicilina
<ul style="list-style-type: none"> - Piperacilina-Tazobactam IV 4 g/0.5 cada 8 horas ó - Imipenem IV 0.5 g/6 horas ó - Meropenem IV 1 g/8 horas +/- - Doxiciclina 100 mg/12 horas 	<ul style="list-style-type: none"> - Tigacilina IV 100 mg de inicio y 50 mg/12 horas de mantenimiento +/- - Doxiciclina 100 mg/12 horas

TROMBOPROFILAXIS con heparina de bajo peso molecular según protocolo:

- <90 kg: 40 mg cada 24 horas.
- 90-130 kg: 60 mg cada 24 horas.
- >130 kg: 80 mg cada 24 horas.

ANTITÉRMICOS, ANALGÉSICOS. Paracetamol 1 gramo VO cada 8 horas alternando cada 4 horas si fuera insuficiente con ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas.

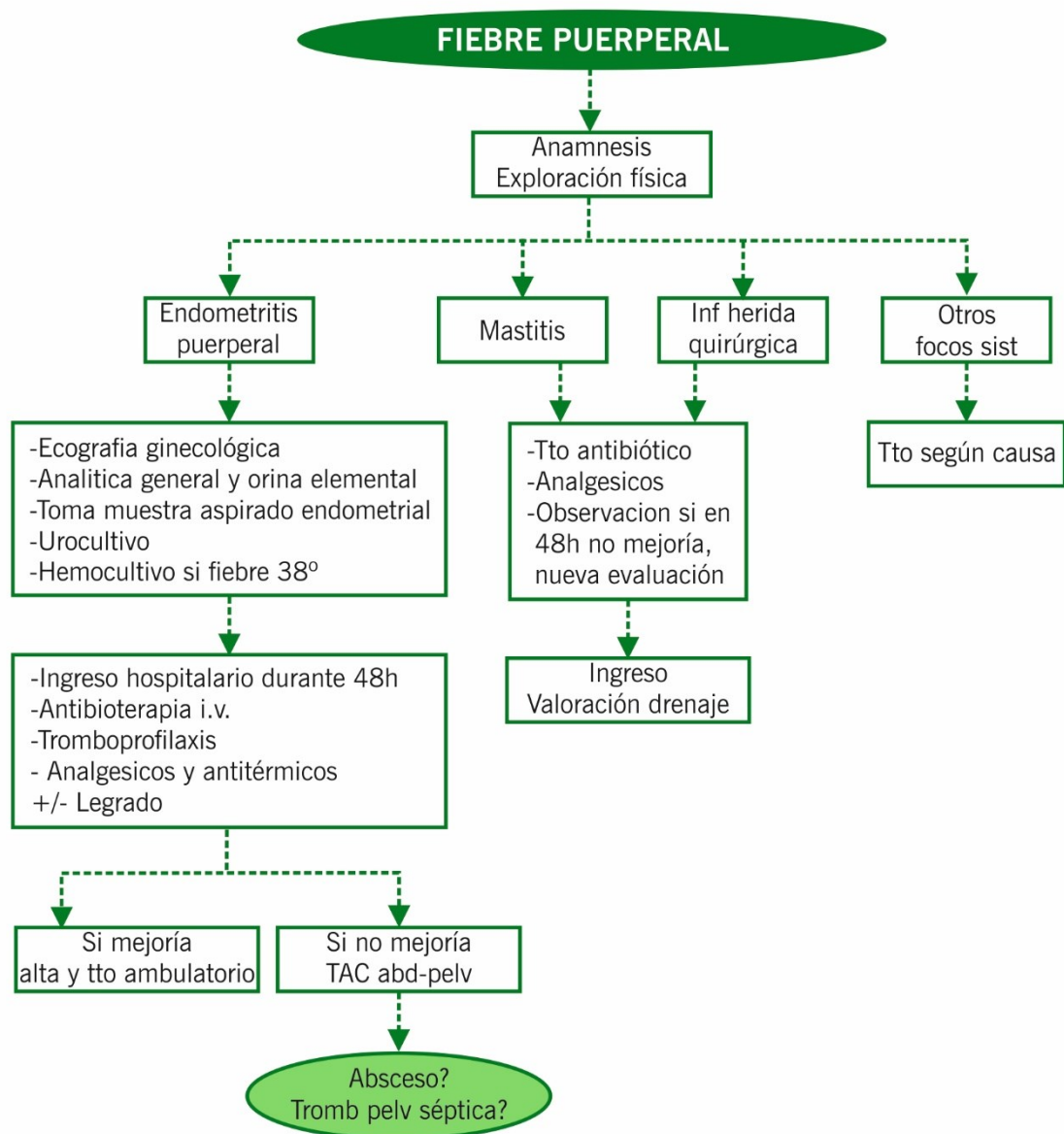
LEGRADO ASPIRATIVO en caso de:

- Signos ecográficos compatibles con retención de restos placentarios (Endometrio heterogéneo engrosado, evidencia de vascularización en el estudio Doppler o presencia de hormona beta HCG positiva).
- Presencia de hematometra, coágulos o esfacelos intrauterinos.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

- Alta tras 48 horas afebril y buena evolución clínica.
- Antibioterapia: Se completarán 7-10 días (modificando según el resultado de los cultivos y antibiograma):
 - De elección: Amoxicilina clavulánico 875 mg/8 horas VO + Metronidazol 500 mg/8 horas VO.
 - Alergia a penicilina: Ciprofloxacino 500 mg/12 horas VO + Metronidazol 500 mg/8 horas VO + Doxiciclina 100 mg/12 horas VO.
- Para seguimiento y resultados de cultivos si no se dispone al alta, remitir a la paciente a visita ambulatoria.

ALGORITMO



**BIBLIOGRAFÍA**

1. World Health Organization. Education material for teachers of midwifery. Managing puerperal sepsis. Geneva: 2006.
2. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología Puerperal. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Sup 1):169-175.
3. Boccardo J et al. Actual. SIDA. infectol.2013; 21(80):48-52.
4. Davi Armengol E. Infección Puerperal. En: Cabero Roura L, director. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina materno-fetal. 2013. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2013. p.1566-1571.
5. Arteaga D, Serrano I. Asistencia de la matrona a la mujer con problemas de salud durante el puerperio (II): infecciones, alteraciones tromboembólicas y problemas de salud mental. Matronas prof. 2003; 4(12): 34- 41.
6. Cabero A, Zapardiel I, Pelegay MJ, Villegas M. La infección puerperal: estudio de sus diversas formas. En: Bajo Arenas JM, Melcho Marcos JC, Mercé LT, editores. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). 2007. Madrid: Meda. 2007. p.745-751.
7. Organización Mundial de la Salud. (2016). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto: resumen de orientación. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205685>
8. Bonet M, Ota E, Chibueze CE, Oladapo OT. Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD012137. DOI: 10.1002/14651858.CD012137.
9. Elharmee SMA, Chaudhar Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention (Reparación quirúrgica de desgarros perineales espontáneos que ocurren durante el parto versus ninguna intervención). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 8. Art. No.: CD008534. DOI: 10.1002/14651858.CD008534.pub2.
10. Haas DM, Morgan S, Contreras K, Enders S. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD007892. DOI: 10.1002/14651858.CD007892.pub6

702 – HEMORRAGIA PUERPERAL TARDÍA

Valdés Gallardo, Rocío
Barreiro Mont, Sara

INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

Hemorragia puerperal tardía: sangrado uterino excesivo que ocurre entre las 24 horas y las 12 semanas posteriores al parto. La causa más frecuente es la persistencia de restos placentarios, que puede ir o no asociada a endometritis, pero también la subinvolución del lecho placentario, lesiones del canal del parto, anomalías de la placentación, miomas uterinos submucosos, alteraciones de la coagulación, inversión uterina subaguda/crónica, alteraciones vasculares o incluso coriocarcinoma.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

SIGNOS/SÍNTOMAS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Metrorragia. - Útero subinvolucionado. - Dolor en hipogastrio. - Anemia. - Fiebre. - Flujo maloliente. - Síntomas urinarios (dolor durante la micción, dificultad del vaciamiento...) 	<p>Ecografía transvaginal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos sugestivos de persistencia de restos placentarios (\pm acretismo). - Signos sugestivos de dehiscencia de cicatriz uterina (si cesárea). <p>Analítica: Hemograma, coagulación, PCR.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar cursar pruebas cruzadas. <p>Si fiebre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemocultivo. - Urocultivo. - Aspirado endometrial.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

- Tratamiento según etiología.
- Si sangrado abundante, pero sin criterios de ingreso: amchafibrin 1g, 2 comprimidos/8 horas, durante un máximo de 5 días.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

- Recogida de resultados y control ecográfico.
- Derivar a Especialidad pertinente según etiología.

CRITERIOS DE INGRESO

- Inestabilidad hemodinámica.
- Necesidad de intervención quirúrgica.
- Criterios de gravedad analíticos (incluyendo anemia que precise ferroterapia iv o transfusión de hemoderivados).
- Necesidad de antibioterapia intravenosa.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. García-Lavandeira, S, Álvarez-Silvares, E, Rubio-Cid, P, & Borrajo-Hernández, E. (2017). Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(4), 254-266.
2. Belfort, M (2021). Secondary (late) postpartum hemorrhage. UptoDate. Consultado el 10 de mayo de 2021 en: <https://www.uptodate.com/contents/secondary-late-postpartum-hemorrhage>
3. Abalos, E, Asprea, I, García, O. (2008). Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Ministerio de Salud de Argentina.
4. García-Lavandeira, S, Álvarez-Silvares, E, Rubio-Cid, P, & Borrajo-Hernández, E. (2017). Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(4), 254-266.
5. King PA, Duthie SJ, Dong ZG, Ma HK. Secondary postpartum haemorrhage. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1989;29(4):394-8.
6. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. 2009. Consultado el 10 de mayo de 2021 en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44171/1/9789241598514_eng.pdf?

703 – INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

Valdés Gallardo, Rocío
Vargas Rodríguez, Carmen

INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

Concepto: la infección de herida quirúrgica (IHQ) forma parte del amplio espectro de complicaciones postoperatorias de las intervenciones, tanto obstétricas como ginecológicas. Como medida preventiva se lleva a cabo la profilaxis antibiótica, generalmente mediante cefalosporinas en dosis única por vía intravenosa 30 minutos antes del inicio de la inducción anestésica de forma sistemática.

Factores predisponentes: edad avanzada, mal estado general y/o nutricional previo, higiene personal escasa, obesidad, hospitalización prequirúrgica prolongada, tiempo intraquirúrgico aumentado, cirugía contaminada, ausencia de antibioterapia profiláctica.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

MANEJO EN URGENCIAS

CLÍNICA	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Fiebre ($T^a \geq 37.8^{\circ}\text{C}$) - Signos locales de infección: eritema, induración/fluctuación, calor, dolor +/- drenaje de contenido 	Medidas de primer nivel	<ul style="list-style-type: none"> - Cultivo de herida quirúrgica (Microbiología) - Si post-cesárea, cultivo de aspirado endometrial: PORTAGERM (descartar endometritis) - Analítica sanguínea con PCR - Sistemático de orina - Ecografía de pared abdominal / transvaginal
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (tras descartar otro origen de fiebre): seroma, dehiscencia de sutura, hematoma, tromboflebitis séptica, trombosis de vena ovárica	Medidas de segundo nivel:	<ul style="list-style-type: none"> - Urocultivo - Hemocultivo si $T^a > 38^{\circ}\text{C}$ - Si post-cesárea, TAC abdomino-pélvico

CRITERIOS DE GRAVEDAD

- **Leve-moderada:** tratamiento domiciliario. En caso de infecciones limitadas a dermis y/o tejido celular subcutáneo, buen estado general y ausencia de alteraciones en pruebas complementarias.
- **Grave:** ingreso hospitalario. En caso de empeoramiento clínico a pesar de tratamiento ambulatorio, inestabilidad clínica, alteraciones en pruebas complementarias y/o necesidad de exploración quirúrgica con desbridamiento y/o drenaje de tejidos afectados (**criterios de ingreso**).

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

	EPISIORRAFIA POSTCESÁREA	POSTCESÁREA
Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> - Cura local: apertura, limpieza y desbridamiento (cierre de la herida quirúrgica por segunda intención) - Analgesia VO: Ibuprofeno 400 mg/8h alterno con paracetamol 1 g/8h - Lavados con gel higiene íntima (Rosalgin®) 	
Antibioterapia VO	Amoxicilina ácido-clavulánico 875/125 mg/8h (7-10 días)	
<i>Alergia β-lactámicos</i>	Ciprofloxacino 500 mg/12h + metronidazol 500 mg/8h	

INGRESO HOSPITALARIO

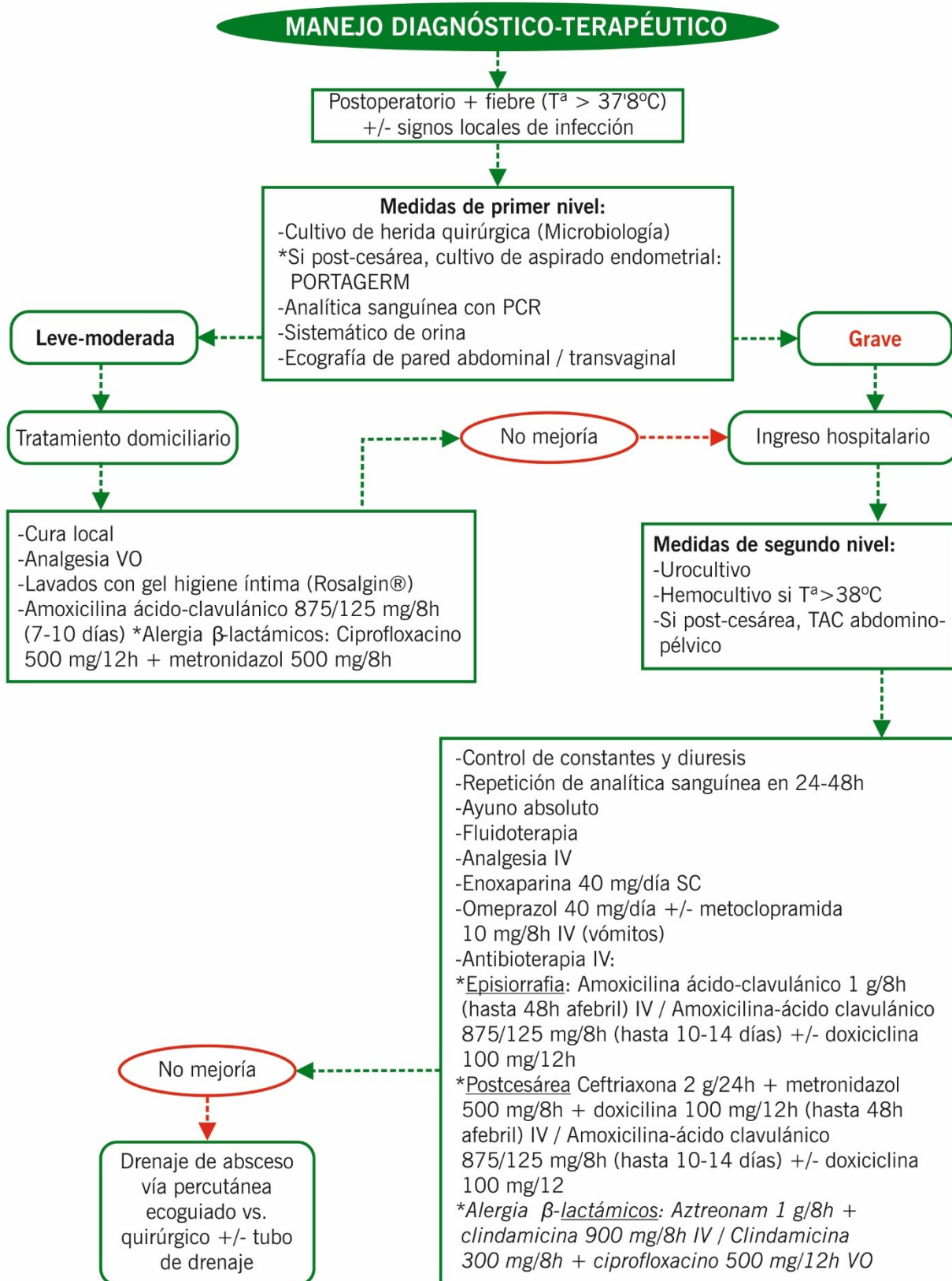
En planta de Obstetricia (2ª/ 3ª planta de H. de la Mujer).

	EPISIORRAFIA POSTCESÁREA	POSTCESÁREA
Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> - Control de constantes y diuresis - Repetición de analítica sanguínea en 24-48h - Ayuno absoluto - Fluidoterapia: SG 10 % 500 mL/8h alterno con Ringer Lactato o SSF 500 mL/8-12h (2500 mL/día) - Analgesia IV: paracetamol 1 g/8h +/- metamizol 2 g / dexketoprofeno 50 mg, de rescate - Enoxaparina 40 mg/día SC - Omeprazol 40 mg/día +/- metoclopramida 10 mg/8h IV (vómitos) 	
Antibioterapia IV (empírica)	<ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilina ácido-clavulánico 1 g/8h (hasta 48h afebril) IV - Amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg/8h (hasta 10-14 días) +/- doxiciclina 100 mg/12h 	<ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 2 g/24h + metronidazol 500 mg/8h +doxiciclina 100 mg/12h (hasta 48h afebril) IV - Amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg/ 8h (hasta 10-14 días) +/- doxiciclina 100 mg/12h
<i>Alergia β-lactámicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aztreonam 1 g/8h + clindamicina 900 mg/8h IV - Clindamicina 300 mg/8h + ciprofloxacino 500 mg/12h VO 	
Drenaje	Drenaje de absceso vía percutánea ecoguiado vs. quirúrgico +/- tubo de drenaje	

DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS

Se valorará la necesidad de derivación a Consultas de curas de Enfermería (planta semisótano del Hospital de la Mujer), si no es posible realizarlas en Centro de Salud; así como de facilitar una cita telefónica en Consultas de Medicina Materno-Fetal planta semisótano del Hospital de la Mujer) en caso de ingreso con toma de muestras para cultivos cuyos resultados estén pendientes al alta.

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrero S, López M, Cobo T et al. Protocolos: fiebre intraparto y fiebre puerperal. BCN Natal, 2016
Herrero Romero M, Cerrillos González LA, Martínez Maestre MA et al. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Guía PRIOAM: endometritis aguda (secundaria a parto, cesárea, legrado, DIU, histeroscopia). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, 2017 Hospital Universitario Virgen del Rocío. Guía para el manejo de la fiebre puerperal. Sevilla
2. Román Santamaría JM, De la Puente Yagüe M. Urgencias gineco-obstétricas al descubierto. Italfarmaco S.A., 2013
3. Zapardiel Gutiérrez I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas JM. Guía práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología (acorde a los protocolos de la S.E.G.O.). Capítulo 46: urgencias postquirúrgicas. Madrid, 2008

704 – MASTITIS

Carrillo Vadillo, Raquel
Ruiz Fernández, Inés

INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

Se denomina mastitis a toda inflamación del tejido mamario que puede estar asociada o no a infección y coincidir o no con la lactancia materna, resultando más frecuente en esta situación. La causa principal es la estasis de leche, que en ocasiones va seguida de sobrecrecimiento bacteriano e infección, debido a una disbiosis o alteración de la microbiota normal de la glándula mamaria. Con frecuencia, la mastitis es unilateral, y suele debutar entre la 2ª y la 6ª semana postparto.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
MASTITIS AGUDA	<p><u>Etiología:</u> <i>Staphylococcus aureus</i> (generalmente <i>meticilín-sensible</i>)</p> <p>Síntomas locales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Área eritematosa, tumefacta, dolorosa y caliente - Ingurgitación mamaria y disminución de la secreción de leche - Lesiones en el área del pezón (grietas, irritación) en el 80% de los casos <p>Síntomas sistémicos: Fiebre, escalofríos, artomias y malestar general</p>	Diagnóstico clínico (anamnesis y exploración física)
MASTITIS SUBAGUDA	<p><u>Etiología:</u> <i>Staphylococcus coagulasa</i> negativos (especialmente <i>S. epidermidis</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inflamación local (dolor e induración) con ingurgitación y sin eritema - Mastalgia profunda durante la toma o posterior a la misma que no se resuelve tras la evacuación - Tomas largas y/o frecuentes con sensación de disminución de la secreción de leche - Ausencia de síntomas sistémicos 	Diagnóstico de exclusión (descartar otras causas de mastalgia) y cultivo de leche sugestivo de infección
MASTITIS GRANULOMATOSA	<p><u>Etiología:</u> <i>Corynebacterium spp</i>, <i>Micobacterium</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Masas inflamatorias dolorosas, de consistencia firme, con afectación cutánea fuera de la areola que pueden evolucionar a úlceras y abscesos, con fistulización y supuración crónica - Posible causa autoinmune, pudiendo ocurrir meses después del parto - Diagnóstico diferencial con carcinoma inflamatorio (realizar prueba de imagen ante su sospecha) 	Aislamiento microbiológico y presencia de granulomas en el estudio anatomopatológico
ABSCESO MAMARIO	<p><u>Etiología:</u> <i>S. aureus</i>, <i>S. epidermidis</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Área fluctuante, bien definida, dolorosa y con eritema local en paciente con antecedente reciente de mastitis - Síntomas sistémicos presentes o ausentes - Ganglios linfáticos axilares aumentados de tamaño - Más frecuente en pacientes con edad > 30 años, obesas o fumadoras 	<p>Diagnóstico clínico apoyado por pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografía - Cultivo de leche - Cultivo (aerobios y anaerobios) de material extraído tras aspiración o drenaje

CULTIVO DE LECHE

INDICACIONES	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Ausencia de mejoría tras 48 h de tratamiento antibiótico empírico adecuado	La concentración bacteriana total (leche fresca) debe ser < 300-800 UFC/ml (S. aureus < 300-400, S. epidermidis < 600-800)
Mastitis grave: sepsis o shock séptico, absceso mamario, infección necrotizante, necesidad de ingreso	No interpretar Staphylococcus coagulasa negativos ni Streptococcus como colonizantes ni flora saprófita
Mastitis recurrente	Se considera patológico > 1000 UFC/ml:
Sospecha de mastitis nosocomial o con factores de riesgo para S. aureus meticilin-resistente	<ul style="list-style-type: none"> - ≥ 5000 para estafilococos coagulasa negativos y estreptococos - ≥ 500 UFC/ml para S. aureus, otras bacterias piogénicas y Corinebacterium spp. - El aislamiento de bacilos gramnegativos > 1000 UFC/ml indica mala recogida de la muestra
Alergia a penicilina con intolerancia a cefalosporinas	
Sospecha de mastitis subaguda	

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

- **Tratamiento antibiótico:**

- **Empírico** (mastitis aguda y absceso mamario) durante 10 días si evolución favorable.

Primera elección	Alternativa si alergia a penicilina e intolerancia a cefalosporinas
Cefadroxilo 1 g/12 h v.o.	Clindamicina 450 mg/8 h v.o.
Clotrimoxazol (sulfametoxazol-trimetoprim) 800/160 mg/12 h v.o.	Clotrimoxazol (sulfametoxazol-trimetoprim) 800/160 mg/12 h v.o. (evitar en lactantes < 1 mes, prematuros, o neonatos con enfermedades asociadas)

- **Dirigido** (mastitis subaguda) tras resultado de cultivo de leche y antibiograma.

- **No suspender lactancia materna:** continuarla con ambas mamas, con vaciamiento frecuente y efectivo de la mama (excepto en caso absceso con fístula al pezón)
- **AINE:** Ibuprofeno 400 mg v.o. cada 8 horas
- Calor local previo a la toma seguido de frío local tras la misma
- **Valorar probióticos** específicos de leche materna (*Lactobacillus salivarius*, *Lactobacillus fermentum*)

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

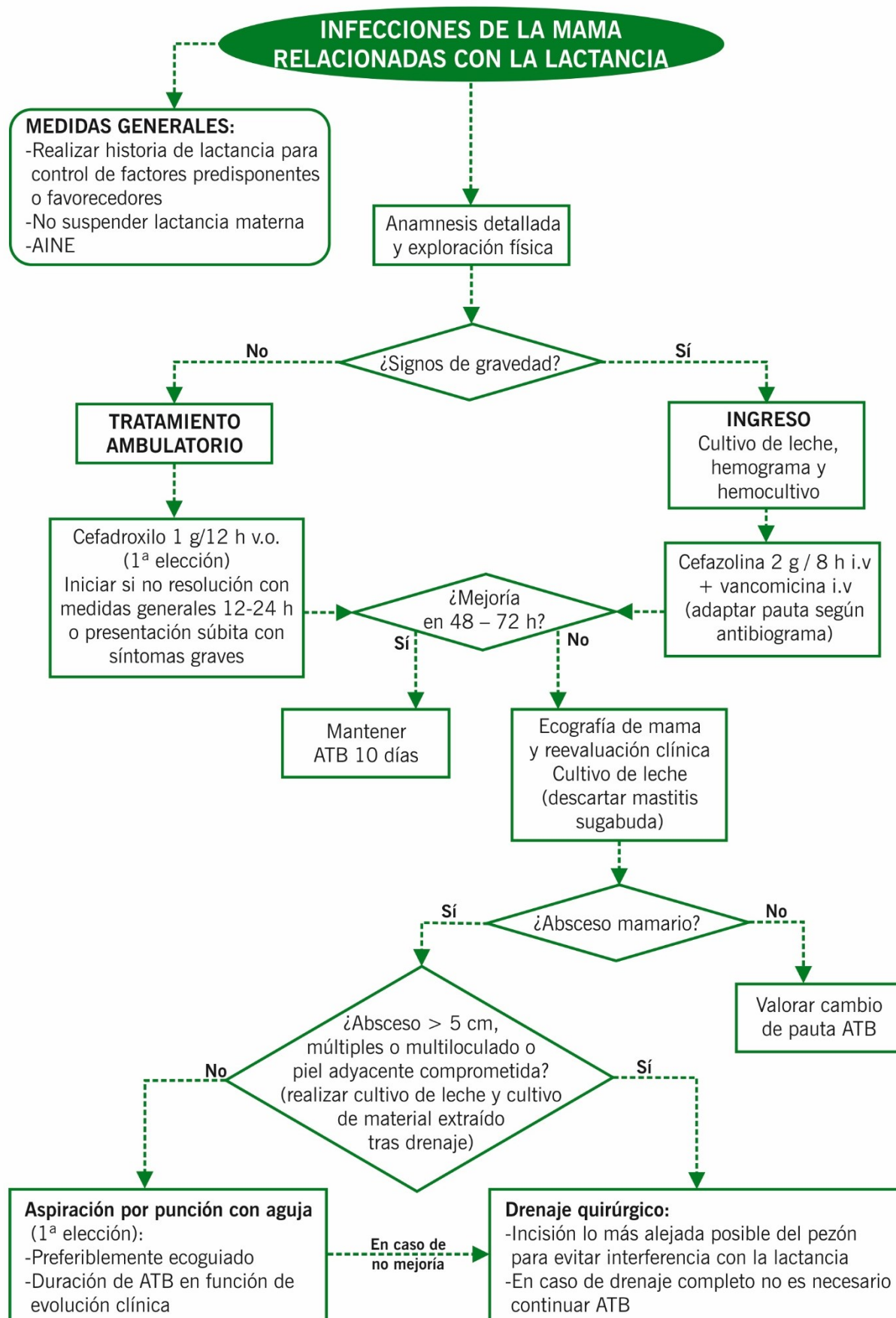
Derivar a consultas de Medicina Maternofetal en caso de precisar nueva valoración recogida de resultado de cultivo de leche realizado en Urgencias.



CRITERIOS DE INGRESO Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO

- Persistencia de fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ y malestar general tras 48 h de tratamiento antibiótico empírico oral.
 - **Mastitis grave:** signos clínicos o analíticos sugestivos de sepsis o shock séptico o infección necrotizante.
 - **Sospecha de absceso mamario con indicación de drenaje quirúrgico.**
 - Abscesos > 5 cm, múltiples o multiloculados.
 - Clínica de larga evolución.
 - Isquemia-necrosis de piel adyacente.
 - Fracaso de punciones percutáneas repetidas.
 - Tomar muestra del material extraído para cultivo aerobio y anaerobio.
 - **Intolerancia al tratamiento oral.**
 - **Tratamiento antibiótico en caso de ingreso:** Cefazolina 2 g / 8 h i.v + vancomicina i.v*
- *Dosis de vancomicina i.v.:**
- Dosis de carga: 20-30 mg/kg (considerarla en infecciones de presentación grave)
 - Dosis de mantenimiento: 15-20 mg/kg/8-12 h

ALGORITMO



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Guía PRIOAM (Guía para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas). H. U. Virgen del Rocío. 2018
2. Protocolo H. Clinic: Mastitis aguda y absceso mamario puerperal. 2020.
3. Guía de Asistencia Práctica de la SEGO: Infecciones de la mama relacionadas con la lactancia. Prog Obstet Ginecol 2019;62(3):511-523
4. UpToDate. Lactational mastitis.
5. UpToDate. Primary breast abscess.
6. 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
7. Amir LH, Services P, Force T, Task AA. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. 2014;9(5):239–43.
8. 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.
9. 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 (Suppl. 1):1-84.
10. 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
11. 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). 2015.2010;50(12):1551–8.