



Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

El manejo del dolor del pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna

Antecedentes

La lactancia materna (LM) desempeña un importante papel en la salud y el desarrollo tanto de la madre como del lactante, proporcionando a este último una óptima alimentación. La OMS recomienda la LM como método exclusivo de alimentación durante los 6 primeros meses de vida y que se continúe y complete con otros métodos de alimentación hasta los 2 años. Las principales complicaciones asociadas durante las primeras semanas son el dolor y las lesiones de pezón. Con una incidencia de entre el 34 y el 96% son la causa de que hasta un tercio de las madres cambie a métodos de alimentación alternativos durante las 6 primeras semanas después del parto. La identificación de las causas del dolor de pezón y su manejo, así como la utilización de tratamientos locales adecuados y basados en la evidencia, podrían contribuir a la utilización continuada de la LM.

Objetivo

Determinar la eficacia de las intervenciones utilizadas para prevenir y/o reducir el dolor y las lesiones en el pezón asociados a la LM.

Metodología

Este Best Practice Information Sheet (BP) resume una revisión sistemática en la que se incluyeron los resultados de 12 estudios experimentales.

La versión completa gratuita está disponible electrónicamente en inglés en:

www.joannabriggs.edu.au

y en castellano en:

www.joannabriggs.edu.au/collab_ctors/esp.php

Niveles de evidencia

Todos los estudios se clasificaron según el nivel de evidencia basándose en el siguiente sistema de clasificación²:

Nivel I: evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.

Nivel II: evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.

Nivel III: 1) evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.

Nivel III: 2) evidencia obtenida de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente de más de un centro o grupo de investigación.

Nivel III: 3) evidencia obtenida de estudios de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.

Nivel IV: opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

A. Prevención del dolor y las lesiones en el pezón. Se incluyeron resultados de 8 ensayos clínicos con asignación aleatoria (ECA).

– Formación. Un ECA comparó la formación estándar antes del parto con la impartida 24 h después (sesiones individuales adicionales). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a las lesiones del pezón. Con referencia al dolor se observó diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo tratamiento. Entre las mujeres que aún utilizaban LM a los 3 y 6 meses después del parto, las del grupo tratamiento estaban menos satisfechas con ésta que las del grupo control.

– Aplicación de compresas de infusiones frente a compresas de agua, frente a aplicación de masajes en el pezón con leche materna, frente a formación. Valoradas en un ECA. No se encontraron diferencias significativas ni en cuanto al dolor ni en cuanto a lesiones en el pezón. Se observaron puntuaciones medias más altas en la intensidad y efectos psicológicos del dolor en el grupo de la leche materna.

– Aplicación de compresas de agua frente a aplicación de masajes en el pezón con leche materna, frente a utilización de lanolina anhidra. Valoradas en un ECA. No se observó que ninguno de los agentes tópicos fuera más eficaz que los demás. Tampoco se encontraron diferencias

en cuanto a la utilización de la LM a las 6 semanas.

– Aplicación de compresas tibias frente a aplicación de masajes en el pezón con leche materna, frente a sin tratamiento. Valoradas en un ECA. Habían diferencias significativas a favor del grupo sin tratamiento, que experimentó menor agrietamiento del pezón. En cuanto al dolor no se encontraron diferencias entre los 3 grupos.

– Aplicación de lanolina frente a leche materna. Se valoraron en un ECA. Todas las participantes presentaron lesiones en el pezón. Hubo correlación positiva entre las lesiones en el pezón y la tensión mamaria ($p < 0,02$). En ambos grupos se observó mayor intensidad del dolor al tercer día después del parto. Dado el pequeño tamaño muestral (23 participantes), estos resultados han de interpretarse con precaución.

– Pulverización de aerosol de agua destilada (placebo) frente a aerosol de clorhexidina al 0,2%/alcohol. Valoradas en un ECA. En ambos grupos hubo disminución significativa de la gravedad e incidencia de lesiones ($p < 0,01$). La reducción del dolor fue más significativa en el grupo tratamiento que en el control ($p < 0,1$). La interrupción de la LM se dio en el 18% de las participantes del grupo tratamiento frente al 31% de las del grupo control. La irritación y las grietas en el pezón fueron la causa principal de interrupción de la LM.

– Aerosol y/o ungüentos frente a sin tratamiento. Valoradas en un ECA. Las lesiones en el pezón aparecieron en el 34% de las participantes del grupo control frente al 27% en el grupo de intervención. Todas presentaron dolor en el pezón. En ambos grupos, la utilización de la LM se vio considerablemente reducida a las 2 semanas del inicio. Los autores afirman que el uso del chupete ($p < 0,05$) y del biberón ($p < 0,05$) se asoció a mayor presencia de dolor en el pezón y que la irritación del pezón no fue la causa de la interrupción de la LM en ningún caso. No sugieren beneficio del aerosol frente a sin tratamiento.

– Utilización de apósitos transparentes frente a sin tratamiento. Valoradas en un ECA. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de escaras a favor del grupo que utilizó

apósitos transparentes ($p < 0,01$). El 94% de las participantes manifestó dolor. La retirada del apósito puede producir molestias, posible causa de abandono del tratamiento.

B. Tratamiento del dolor y las lesiones en el pezón. Se incluyeron resultados de 3 ECA y un estudio cuasi experimental.

– Utilización de compresas de infusiones frente a compresas de agua, frente a sin tratamiento. Valoradas en un ECA. Se encontraron diferencias significativas entre los 2 grupos que utilizaron compresas y el grupo sin tratamiento. Ambas intervenciones con compresas eran igual de eficaces en la reducción del dolor. Sin embargo, no se recomienda el uso de las de infusiones como primera opción, ya que pueden modificar el sabor y el olor del pezón.

– Apósitos de hidrogel frente a lanolina y protectores de pezón. Valoradas en un ECA. En ambos grupos se redujeron las lesiones del pezón ($p < 0,01$), y hubo mejoría del dolor general y durante la toma ($p < 0,01$). En el grupo que utilizó lanolina se observó reducción estadísticamente significativa del dolor producido por la succión ($p < 0,05$). En ambos grupos se mejoró la técnica de la LM ($p < 0,01$) así como el grado de satisfacción con la LM ($p < 0,001$). Hubo un alto índice de infecciones en el grupo que usó hidrogel ($p < 0,05$), por lo que el estudio se tuvo que suspender.

– Conchas protectoras para pezón frente a sin tratamiento. Valoradas en estudio cuasi experimental. En ambos grupos se observó que el mayor pico de dolor se experimentaba en los primeros 2 min de succión y en el segundo día del estudio.

– Instrucción acerca de la técnica de la LM frente a ungüento de mupirocina, frente a ungüento de ácido fusídico, frente a cloxacilina/eritromicina oral. Estas 4 intervenciones se valoraron en un ECA. Todas las participantes presentaban dolor y lesiones en el pezón previos al estudio, con crecimiento de *Staphylococcus aureus*. Este estudio se interrumpió por la elevada tasa de fracaso en el tratamiento (cicatrización escasa de las heridas, no conseguir remitir el dolor y alto riesgo de mastitis en grupos sin tratamiento con antibiótico oral).

Implicaciones para la práctica

La mayoría de las conclusiones descritas en este BP tienen un nivel II de evidencia científica: los antibióticos sistémicos reducen el riesgo de desarrollar mastitis en mujeres con cultivo positivo de *S. aureus*; la utilización de apósitos transparentes reduce las escaras y el dolor en el pezón, pero muestra niveles de satisfacción bajos. Se señala que el uso del chupete y del biberón está relacionado con el aumento del dolor en el pezón. También se indica que hay una correlación positiva entre la tensión mamaria en la subida de la leche y las lesiones en el pezón, lo que podría explicarse por la dificultad del lactante para agarrarse al pezón en estos casos.

Comentario

Las recomendaciones proporcionadas por este BP se basan en un nivel II de evidencia (proveniente de al menos un ECA, con muestra pequeña e intervalos de confianza amplios, o de estudios cuasi experimentales). No se identificaron estudios que abordaran el uso simultáneo de más de un procedimiento. Para poder obtener resultados más sólidos, se señala la necesidad de realizar nuevos estudios acerca de la eficacia de intervenciones simultáneas. Algunos de los ECA incluidos poseen un tamaño muestral pequeño, por lo que sus resultados deben interpretarse con precaución. Este BP incluye 2 estudios que fueron interrumpidos: uno, por el alto índice de infecciones desarrolladas relacionadas con el hidrogel; el otro (instrucción acerca de la LM frente a ungüento de mupirocina, frente a ungüento de ácido fusídico, frente a cloxacilina/eritromicina oral), por la elevada tasa de fracaso en el tratamiento. Asimismo, es de señalar que la lanolina hidratada se retiró por su contenido en pesticidas tras la finalización del ECA en el que se evaluó su eficacia.

Hay una revisión sistemática posterior en la que se utilizaron métodos de lectura crítica del Joanna Briggs Institute (Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34:428-37). En ésta se concluye que ninguno de los agentes tópicos estudiados (compresas de agua fría o de infusiones, calor local, aplicación de leche materna, lanolina, vitamina A, collagenasa, dexpantenol, hidro-

gel, gel de glicerina, vendajes oclusivos húmedos y no tratamiento) demuestra mejores resultados en cuanto a la disminución del dolor de pezón. Los autores concluyen que los factores más importantes para disminuir su incidencia son la educación sanitaria relacionada con la técnica de la LM y la información anticipada acerca de la alta incidencia de su aparición después del parto.

Teniendo en cuenta que el dolor y/o las lesiones en el pezón son la primera causa de abandono de la

LM, y con la finalidad de contribuir a su utilización continuada, creemos aconsejable continuar investigando en la identificación de métodos de prevención y tratamiento eficaces.

Beatriz Braña Marcos

Unidad de Cuidados Intermedios.

Comisión de Investigación. Unidad de Investigación.

Fundación Hospital de Jove. Gijón. Asturias. España.

Correo electrónico: bebra@enfermeriaconexion.com

y bebramar@hotmail.com

Bibliografía

1. Page T, Lockwood C, Guest K. The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding: a systematic review. JBI Reports. 2003;1:127-47.
2. NHMRC. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines, Canberra: NHMRC; 1999.

Recomendaciones

- A. Intervenciones preventivas para el dolor en el pezón (nivel II).* Se recomienda el uso de compresas de agua tibia y mantener los pezones limpios y secos para prevenir las grietas.
- B. Intervenciones para el tratamiento del dolor y/o las lesiones en el pezón (nivel II).* Se recomienda la utilización de compresas de agua tibia o de infusiones para reducir el dolor en el pezón, la aplicación de masajes con leche materna en el pezón para reducir la duración de las grietas y no aplicar apósitos de hidrogel debido al alto índice de infecciones asociadas.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE
Royal Adelaide Hospital. North Terrace. Adelaide.
South Australia 5000.