



Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

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

Recomendaciones

- Se recomienda la formación prenatal sobre las técnicas para coger y posicionar al niño para prevenir o reducir el dolor del pezón causado por la lactancia. **(Grado A)**
- Se recomienda la formación inmediatamente después del parto sobre las técnicas para coger y posicionar al niño para reducir el dolor del pezón. **(Grado B)**
- Se recomiendan las compresas de agua tibia más que la leche materna para el manejo del dolor y las lesiones del pezón asociadas a la lactancia. **(Grado B)**
- Preparar los pezones antes del parto puede reducir el dolor pero se requiere mucha precaución debido al riesgo de contracciones del útero. **(Grado C)**
- No se ha confirmado ni demostrado la efectividad clínica de los siguientes métodos: **(Grado C)**
 - discos protectores
 - tetinas
 - aerosoles
 - apósticos de hidrogel
 - apósticos transparentes
 - lanolina modificada
 - colagenasa
 - dexpanthenol

Fuente de información

Este *Best Practice information sheet*, actualiza y sustituye al BPIS del mismo título publicado por el Instituto Joanna Briggs en 2003,² basado en dos revisiones sistemáticas publicadas en 2003 y 2005.⁴

Antecedentes

La lactancia materna, además de desempeñar un papel importante en la salud y el desarrollo tanto de la madre como del lactante, proporciona a este último una óptima alimentación.

El dolor y las lesiones en el pezón son las principales complicaciones asociadas a la lactancia materna y se consideran los más importantes factores que influyen en la lactancia materna durante las primeras semanas de maternidad.² El grado de dolor del pezón abarca desde una sensación de incomodidad hasta un dolor severo, que se asocia a lesiones de fricción y de succión en el pezón.⁴ La incidencia de estos factores puede variar entre el 34% y el 96%² siendo el momento máximo el día 3 y descendiendo el día 7.⁴ Hasta un tercio de las madres que experimentan este tipo de complicaciones pueden cambiar a métodos de alimentación alternativos durante las seis primeras semanas después del parto.³

Definiciones

En este *Best Practice Information Sheet* se utilizan las siguientes definiciones:

Dolor y lesiones del pezón: la sensación de dolor de las lesiones de fricción y succión en el pezón abarca desde una sensación de incomodidad hasta un dolor severo con lesiones físicas (pezones agrietados, sangrantes, edematosos, eritematosos, con heridas o ampollas, que pueden presentar fisuras y escaras) asociados a la lactancia.

Postparto: periodo que comprende desde el parto hasta las 6 semanas posteriores al mismo.

Prenatal: que sucede antes del parto

Primípara: primera experiencia de parto

Multípara: que ha tenido dos o más partos

Objetivos

El objetivo de este *Best Practice Information Sheet* es determinar la efectividad de las intervenciones utilizadas en y por mujeres en periodo de lactancia, para prevenir y/o reducir el dolor y las lesiones en el pezón.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs en 2006 (<http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>)

Grado A Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C Recomendación no demostrada

Tipos de intervención

El *Best Practice Information Sheet* incluyó todos los programas de formación y preparación prenatal, aplicación de agentes tópicos, apósticos y otros tipos de material o métodos utilizados para prevenir y aliviar el dolor y las lesiones del pezón asociados a la lactancia.

Calidad de la investigación

Muchos estudios incluidos en las revisiones eran ensayos clínicos aleatorios (RCTs) con tamaños muestrales pequeños y participantes de entornos socioculturales específicos. Se presentaron varios tipos de intervenciones. Hubo un gran solapamiento de estudios primarios incluidos en las dos revisiones sistemáticas.

Prevención del dolor/lesiones del pezón

Formación prenatal

Existe evidencia de calidad que demuestra que la formación prenatal sobre la posición de la mujer y las técnicas de agarre tiene probabilidades de reducir el dolor del pezón causado por la lactancia.

En un ensayo clínico con asignación aleatoria se comparó la formación estándar impartida antes del parto con la formación impartida en sesiones individuales adicionales de 30 minutos a 158 mujeres primíparas en las primeras 24 horas después del parto.³ Durante estas sesiones y a lo largo de los días que las mujeres pasaban en el hospital, se evaluó la posición de lactancia y la técnica de agarre del lactante. El dolor del pezón fue menor en el grupo tratamiento con una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de tratamiento y control en el día. No se encontraron diferencias significativas en las lesiones del pezón (predominantemente enrojecimiento del pezón) en ninguna de las fases de evaluación.^{3,4}

Otro ensayo clínico aleatorio examinó la efectividad de una sesión de formación prenatal de una hora sobre cómo posicionar y agarrar al niño para prevenir el dolor y las lesiones del pezón. Las mujeres que recibieron la sesión tuvieron puntuaciones más bajas para el dolor del pezón en el cuarto día después del parto al compararlas al grupo control. A las 6 semanas del parto, 31 de las 35 mujeres del grupo experimental aún continuaban amamantando al bebé comparado con sólo 10 de las 35 mujeres del grupo control.⁴

Preparación prenatal de los pezones

Existe evidencia que sustenta la preparación prenatal de los pezones para prevenir el dolor y las lesiones en el pezón. Sin embargo, los profesionales de la práctica clínica pueden ser reacios a animar a la preparación prenatal del pezón ya que la estimulación de los pezones puede provocar contracciones del útero.⁴

Formación postparto

Un ensayo clínico aleatorio de 160 mujeres en el postparto examinó el impacto de la formación postparto sobre cómo posicionar y agarrar al niño sobre la reducción del dolor y las lesiones del pezón comparado con los cuidados habituales. Las mujeres en el grupo tratamiento recibieron información visual, verbal y escrita sobre posiciones para amamantar al bebé, anatomía del pecho, principios para agarrarlo correctamente y fases de la succión. Se utilizó una escala analógica visual para evaluar el dolor del pezón. En los días 2 y 3 tras el parto, las mujeres en el grupo tratamiento mostraron significativamente menos dolor en el pezón comparado con el grupo control. En los otros días no se encontraron diferencias significativas.⁴

Compresas de agua tibia, Leche materna y Bolsita de té

Entre las opciones de aplicar compresas de agua tibia, leche materna o bolsitas de té, la colocación de una compresa de agua tibia demostró ser la intervención más efectiva para controlar el dolor y las lesiones del pezón.

Bolsitas de té vs. compresa de agua tibia vs. leche materna

En un ensayo clínico con asignación aleatoria se compararon cuatro tipos de intervenciones administradas a 73 mujeres primíparas que daban lactancia materna: sólo formación, la aplicación de compresas tibias y húmedas de té, la aplicación de compresas de agua tibia, y el masaje en el pezón con leche materna dejándose secar al aire. Todos los grupos recibieron instrucciones verbales y escritas sobre la lactancia materna, y se pidió a los grupos de intervención que realizaran el tratamiento correspondiente cuatro veces al día después de dar el pecho. La intensidad y el efecto del dolor del pezón se midieron con una escala visual analógica en los días 1 a 7. El grupo que se aplicaba la leche

materna obtuvo la mayor puntuación media en intensidad y efectos psicológicos del dolor. Se encontró una mejora estadísticamente significativa en las puntuaciones de dolor y efecto del dolor en el grupo de la compresa de agua tibia comparado con los grupos de bolsitas de té y de leche materna.^{3,4}

Otro ensayo clínico aleatorio que incluía a 65 mujeres primíparas demostró que las compresas de agua tibia o las bolsitas de té eran más efectivas para aliviar el dolor de la lactancia comparado con las compresas de leche materna.^{3,4}

Sin embargo, se advirtió que el uso de una bolsita de té puede no ser apropiado como primera elección de intervención debido a las posibles alteraciones en el sabor y olor de los pezones.^{3,4}

Compresa de agua tibia vs. leche materna vs. no tratamiento

De nuevo, la compresa de agua tibia tiene más probabilidades de producir el efecto más beneficioso entre los tratamientos listados anteriormente, aunque no existe una significación estadística. Se asignaron aleatoriamente 90 mujeres primíparas a tres grupos experimentales.⁶ En el grupo 1 se aplicaron compresas tibias húmedas en los pezones y areolas cuatro veces al día después de dar el pecho. El grupo 2 se aplicó leche materna en el pezón y la areola, dejándose secar después de cada toma durante unos minutos. En el grupo 3 la única medida que se aplicó fue mantener los pezones limpios y secos.^{3,4} No se observaron diferencias en términos estadísticos en cuanto a la intensidad del dolor en los tres grupos. Sin embargo, las mujeres que aplicaron compresas de agua tibia mostraron la menor intensidad y efectos del dolor. Además, las puntuaciones de los tres grupos con respecto al dolor, alcanzaron su punto máximo en el día 3 y empezaron a disminuir a partir de ese día.^{3,4}

Compresa de agua tibia vs. leche materna vs. formación vs. lanolina

En un ensayo clínico con asignación aleatoria realizado en 177 mujeres primíparas se compararon cuatro tipos de intervenciones diferentes: (1) el uso de compresas de agua tibia, (2) la realización de masajes en el pezón con leche y su posterior secado al aire, (3) sólo formación y (4) la utilización de lanolina modificada.^{3,4} El grupo que utilizó compresas de agua tibia experimentó los niveles más bajos de intensidad del dolor y se vio menos afectado los días 7 y 14. El número de mujeres que seguía dando el pecho a las seis semanas era equiparable en todos los grupos.^{3,4} Todos los grupos experimentaron los niveles más altos de intensidad de dolor y se vieron más afectados en el día 4.

Aerosoles

Debido a la existencia de evidencia contradictoria para sustentar el uso de aerosoles para el manejo del dolor y las lesiones en el pezón, no pueden sacarse conclusiones firmes. Se requiere más investigación.

Aerosoles vs. No tratamiento

En un ensayo clínico se aplicaron aleatoriamente dos aerosoles, cada uno en un pecho, y se evaluaron los resultados en 200 participantes. Los participantes actuaron como sus propios controles con los pechos asignados de forma aleatoria a los grupos. El control era un placebo de agua destilada, mientras que el tratamiento consistía en aplicar clorhexidina (0,2%)/ alcohol. Se indicó a las participantes que se pulverizaran un poco de aerosol antes y después de cada toma.^{3, 4}

La reducción de las molestias generales fue mucho más significativa en el grupo tratamiento que en el grupo control. En cuanto al estado de las lesiones del pezón, ambos grupos mostraron una disminución significativa en la gravedad y la incidencia de lesiones en el pezón desde la semana 1 hasta la 4.^{3, 4} No se registraron efectos secundarios para los bebés.

Aerosoles ± ungüentos vs. No tratamiento

En un ensayo clínico con asignación aleatoria se comparó la utilización de aerosoles y/o ungüentos con la no utilización de tratamiento en 219 mujeres primíparas o multíparas.^{3, 4} No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la incidencia de dolor o lesiones en el pezón.^{3, 4}

Apósitos, ungüento de lanolina modificada, colagenasa y dexpantenol

Se encontró alguna evidencia que sustentaba el uso de los apóstitos transparentes, lanolina modificada, colagenasa y dexpantenol. Sin embargo, dado el número limitado de estudios de alta calidad disponibles, no pudieron sacarse conclusiones relevantes. Se registraron algunos casos de infección con el uso de apóstitos de hidrogel o lanolina modificada, lo que requiere también más investigación para sacar conclusiones firmes.

Apóstitos transparentes vs No tratamiento

En un ensayo clínico con asignación aleatoria se evaluó la efectividad de los apóstitos transparentes frente a no utilizar tratamiento en 50 mujeres primíparas o multíparas. Las participantes actuaban como control y se aleatorizó el tratamiento que recibió cada pecho. El tratamiento consistía en utilizar apóstitos transparentes de polietileno (Blisterfilm).

La retirada del apósito puede producir molestias, y éstas podrían ser la razón de que la tasa de abandono del tratamiento fuera del 16%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número total de escaras, a favor del grupo que utilizó apóstitos transparentes.^{3, 4}

Apóstitos de hidrogel vs. lanolina modificada

Los apóstitos de hidrogel son apóstitos estériles de hidrogel hidrofílico basado en poliuretano que proporcionan una barrera mecánica y un entorno húmedo de la herida. Un ensayo clínico aleatorio comparó un apósito de hidrogel y el ungüento de lanolina modificada en 106 mujeres primíparas. Las puntuaciones medias de dolor mostraron un descenso significativo del dolor y las lesiones del pezón para el grupo del apósito de hidrogel.

En un ensayo clínico con asignación aleatoria se comparó la aplicación de un apósito de hidrogel con el uso de lanolina anhidra y discos protectores para el pezón en 42 mujeres primíparas o multíparas que mostraron una reducción significativa de las lesiones y una mejora del dolor en el pezón en ambos grupos. El grupo de lanolina mostró una reducción significativa en el dolor durante la lactancia comparado con los otros grupos.

Existe evidencia mixta en relación al uso de apóstitos de hidrogel o ungüento de lanolina modificada para el tratamiento de las infecciones del pezón. En un primer estudio⁴, se produjeron 8 infecciones de 106 participantes en el grupo de lanolina modificada.⁴ En un segundo estudio, siete de 21 mujeres que fueron tratadas con el apósito de hidrogel abandonaron el estudio debido a infecciones.³

Otro ensayo clínico aleatorio de 100 mujeres primíparas que comparó la lanolina modificada y un masaje suave no informó de ninguna infección asociada al ensayo.⁴

Colagenasa vs. Dexpantenol vs. agua tibia y jabón

Un ensayo clínico de 66 mujeres primíparas comparó estos agentes (cuatro veces al día durante 2 semanas) en el manejo del dolor del pezón. Las mujeres se asignaron aleatoriamente a uno de los tres grupos. El dolor del pezón aumentó significativamente en el 3er día después del parto en el grupo tratado con dexpantenol o agua y jabón. La colagenasa y el dexpantenol mostraron efectos igualmente favorables sobre el dolor del pezón comparado con el agua y jabón.⁴

Tetinas

Las tetinas pueden usarse durante las tomas para ayudar al bebé a agarrarse a pezones planos, invertidos o mamas ingurgitadas, para proteger los pezones irritados o agrietados, o para prevenir la irritación de los pezones. Sin embargo, no se encontraron estudios que evaluaran el uso de las tetinas para el manejo del dolor del pezón.⁴

Discos protectores & Lanolina vs. Gel de glicerina

Los discos protectores se utilizan antes y después de las tomas para proteger los pezones irritados. Un ensayo clínico aleatorio de 30 mujeres en periodo de lactancia comparó la aplicación de lanolina combinada con los discos protectores y la terapia de gel de glicerina para evaluar una potencial reducción del dolor del pezón. Se concluyó que el grupo de tratamiento con el gel de glicerina experimentó marcadamente más alivio del dolor del pezón que el grupo del tratamiento con la crema de lanolina y los discos protectores.⁴

Discos protectores vs. No tratamiento

Un estudio pequeño con 20 mujeres en periodo de lactancia no encontró diferencias significativas entre llevar un disco protector y no utilizarlo en las puntuaciones de dolor del pezón. El ochenta por ciento de las 20 mujeres indicó que utilizarían de nuevo los discos protectores debido a una mayor comodidad general entre las tomas y una menor fricción con la ropa al utilizarlos.^{3, 4}

Tetinas y discos protectores

Alguna evidencia favoreció el uso del gel de glicerina sobre el uso de discos protectores y lanolina. Sin embargo, debido al limitado número de ensayos clínicos aleatorios de alta calidad, no pueden presentarse conclusiones firmes.

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

Agradecimientos

Este *Best Practice information sheet* ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs con ayuda de un panel de revisores expertos.

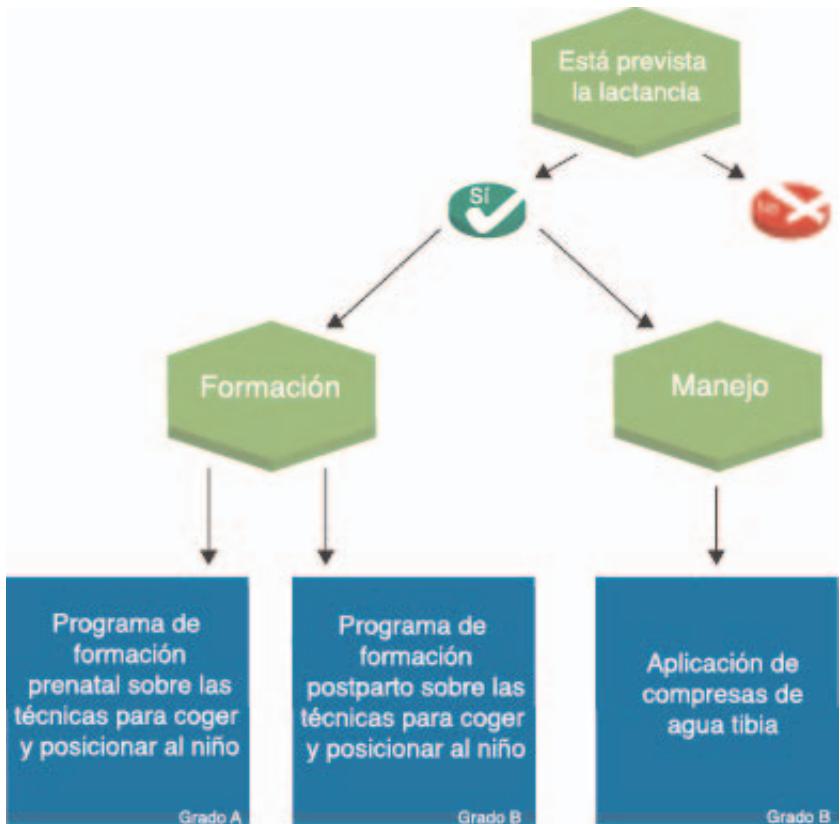
• Ms Anne M Rennie, Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, The Robert Gordon University, Aberdeen, UK

• Ms Jean Cowie, Lecturer, School of Nursing and Midwifery, The Robert Gordon University, Aberdeen, UK

• Dr Patricia K Hindin, Instructor, School of Nursing, University of Medicine & Dentistry of New Jersey, New Jersey, USA

• Ms Susan Jewell, Perinatal Coordinator, Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario, Kingston General Hospital, Ontario, Canada

Además este *Best Practice information sheet* ha sido revisado por expertos de los Centros Colaboradores Internacionales del Instituto Joanna Briggs.



Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2009 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
2. The Joanna Briggs Institute. The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. Best Practice. 2003; 7(3): 1-6.
3. Page T, Lockwood C, Guest K. Management of nipple pain and/or trauma associated with breast feeding. JBI Reports. 2003; 1(4): 127-47.
4. Morland-Schultz Kristine, Hill Pamela D. Prevention of and Therapies for Nipple Pain: A Systematic Review. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2005; 34(4): 428-37.
5. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare Int J of Evidence-Based Healthcare 2005; 3(8): 207-215.

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande.

Traducción revisada por: Esther González María. Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

- The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital,
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au
- Published by
Blackwell Publishing



WILEY-
BLACKWELL

"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA



Este *Best Practice Information Sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.⁴