

VALORACIÓN DEL DOLOR MAMARIO LACTACIONAL POR PARTE DE ENFERMERÍA. REVISIÓN SISTEMÁTICA EXPLORATORIA

Nursing Assessment of Lactation-Related Breast Pain. A Scoping Review

Leyre LÓPEZ GARCÍA¹; José Carlos LÓPEZ GARCÍA²

1. Graduada en Enfermería. Máster en Salud Pública. IBCLC. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

 [0009-0000-5893-068X](https://orcid.org/0009-0000-5893-068X)

2. Diplomado Universitario en Enfermería. Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica y Especialista en Enfermería de Salud Mental. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora.

 [0009-0002-7567-5187](https://orcid.org/0009-0002-7567-5187)

Financiación: Este trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses: Los autores se declaran libres de conflicto de intereses en relación a su manuscrito.

Autor de correspondencia: Leyre López García. Correo electrónico: leyrelopezga@gmail.com.

Fecha de envío: 31/01/2026. Fecha de aceptación: 12/05/2026. Fecha de publicación: 30/06/2026

Palabras clave:

*lactancia
materna;
enfermería;
mastodinia;
mastalgia.*

Resumen

Introducción: La lactancia materna es una valiosa herramienta de prevención en salud pública. Existen dificultades causantes de su abandono. Ante la falta de consenso respecto al origen y el tratamiento del dolor mamario lactacional, resulta pertinente abordar el tema desde una perspectiva enfermera.

Objetivos: Revisar la evidencia relacionada con el dolor mamario lactacional para identificar sus causas, caracterizarlo y determinar cómo llevar a cabo la valoración enfermera.

Material y método: Búsqueda bibliográfica en PubMed, Web of Science, CINAHL y Nursing and Allied Health Database. Se planteó la pregunta de investigación siguiendo el modelo PIO y se determinaron las palabras de búsqueda, los criterios de inclusión, exclusión y los límites pertinentes.

Resultados: Se recuperaron 144 publicaciones y se seleccionaron 14. El dolor mamario es muy frecuente en los primeros 15 días postparto. Es difícil determinar su prevalencia por ser estudiada en conjunto con otras patologías. Sus causas son diversas y las herramientas de valoración más utilizadas son la anamnesis, la observación de la toma y las escalas numéricas. La fisioterapia y la colaboración interdisciplinaria parecen ser beneficiosas para su manejo.

Conclusiones: El dolor mamario es frecuente y multifactorial. Su prevalencia oscila y no hay consenso en cuanto a la mejor herramienta para su valoración ni abordaje. Se destaca el papel de la enfermera y su formación continuada. Es imperativo continuar investigando en el origen, prevalencia, valoración y abordaje del dolor mamario lactacional.

Key words:

*breastfeeding;
nursing;
mastodynia;
mastalgia.*

Abstract

Introduction: Breastfeeding is a valuable public health prevention tool. However, difficulties arise that lead to its discontinuation. Given the lack of consensus regarding the origin and treatment of breast pain during lactation, it is pertinent to address the topic from a nursing perspective.

Objectives: To review the evidence related to lactational breast pain in order to identify its causes, characterize it, and determine how to carry out the nursing assessment.

Materials and Methods: A literature search was conducted in PubMed, Web of Science, CINAHL, and the Nursing and Allied Health Database. The research question was formulated following the PIO model, and the search terms, inclusion and exclusion criteria, and relevant limits were determined.

Results: 144 publications were retrieved and 14 were selected. Breast pain is very common in the first 15 days postpartum. Its prevalence is difficult to determine because it is studied in conjunction with other pathologies. Its causes are diverse, and the most commonly used assessment tools are medical history, observation of breastfeeding, and numerical rating scales. Physiotherapy and interdisciplinary collaboration appear to be beneficial for its management.

Conclusions: Breast pain is common and multifactorial. Its prevalence varies, and there is no consensus regarding the best assessment tool or approach. The role of the nurse and their continuing education are highlighted. It is imperative to continue researching the origin, prevalence, assessment, and management of lactational breast pain.

1. INTRODUCCIÓN

El mejor alimento para los lactantes, por su composición y valor nutricional, es la leche materna, que además facilita un comienzo óptimo en la vida, al propiciar el vínculo entre la madre y su hijo/a (1-3). Así, el afecto y una alimentación adecuada son imprescindibles en los 1000 primeros días de vida, ya que favorecen el correcto desarrollo cognitivo en el infante y determinan la salud en la infancia y en la edad adulta, lo que a su vez tiene un impacto positivo en la comunidad; por consiguiente, puede afirmarse que la lactancia materna (LM) es una herramienta necesaria en Salud Pública (2,4-6).

Ya que los lactantes que son alimentados con leche materna exclusiva (LME) tienen menor riesgo de enfermar, ocasionan menor gasto sanitario que aquellos que son alimentados con leche artificial, por lo que parece que la LM impacta positivamente en el sistema sanitario (7). Se ha estimado que si, en España, el 50 % de las mujeres ofreciesen a sus hijos/as LME, por lo menos medio año, se podrían ahorrar por encima de 51 millones de euros anuales debido a costes directos para el sistema de salud (7).

La importancia de la LM es reconocida por diversas instituciones y organismos, tanto a nivel nacional como internacional [como la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)], que recomiendan que se ofrezca de forma exclusiva durante los primeros seis meses del lactante y continúe junto a otros alimentos hasta los dos años de edad o más (1,8,9).

En vista de que la LM tiene múltiples beneficios, tanto en un futuro inmediato como a largo alcance, para los niños/as, las mujeres lactantes y la sociedad (9-12), la OMS estableció ya en 2012 el objetivo global de conseguir para 2025 una tasa de LM ofrecida de manera exclusiva como mínimo del 50 % a los seis meses (4,10,13).

Sin embargo, este propósito dista aún de la realidad española, ya que, según se observa en los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2023, a los 6 meses tras el parto, se estimó una prevalencia de LME del 43 %, a los 3 meses se acercó al 66 % y al mes y medio al 75 % (14).

Al parecer, al comienzo de la LM, el motivo de abandono más frecuente son los problemas de la díada madre-bebé y con posterioridad la reinserción al trabajo remunerado (15).

Este trabajo pretende centrarse en el dolor mamario lactacional (DML), ya que, a pesar de que es un problema habitual durante la lactancia [prevalencia mayor del 68 % en los primeros días tras el parto (4)] y causa de destete precoz no deseado (4,16,17), la evidencia científica existente es reducida y no hay acuerdo en la sociedad científica sobre su origen, que, al parecer, es multifactorial, su valoración y su tratamiento (18).

La función de la enfermera en la atención, el apoyo y la promoción de la LM es imprescindible para su correcta instauración, mantenimiento y superación de dificultades, como el DML, con el fin de que las mujeres que deseen alimentar a sus hijos e hijas al pecho lo hagan durante el tiempo que se propongan (18,19).

A partir de este planteamiento, se construyó la siguiente pregunta de investigación, según el acrónimo PIO [Pacientes, Intervención y *Outcomes* (resultados)], omitiéndose el componente de Comparación ante la falta de una intervención comparativa (20): ¿Cómo llevar a cabo la valoración enfermera del dolor mamario en mujeres lactantes? (Tabla 1).

Tabla 1. Descriptiva del sistema PIO

PIO	Lenguaje natural	Lenguaje controlado	
		DeCS*	MeSH**
Paciente	Mujer lactante	Lactancia materna	Breast Feeding
Intervención	Valoración enfermera	Enfermeros	Nursing Assessment
<i>Outcomes</i> (resultados)	Identificación de dolor mamario	Mastodinia	Mastodynia

* Descriptores en Ciencias de la Salud.

** Medical Subject Headings.

El objetivo general de esta revisión es analizar el DML desde una perspectiva enfermera, con los objetivos específicos de caracterizarlo, identificar sus causas y determinar cómo llevar a cabo su valoración por parte de enfermería.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática exploratoria, también denominada *scoping review*, con el objetivo de identificar, caracterizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre el DML desde una perspectiva enfermera. Este tipo de revisión resulta adecuado cuando se pretende mapear el

conocimiento existente sobre un fenómeno, describir sus principales características e identificar posibles lagunas en la literatura.

2.2. Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre el 11 y el 18 de noviembre de 2023, mediante las bases de datos científicas a nivel internacional de *PubMed* (Ciencias de la salud), *Web of Science* (multidisciplinar) y dos del ámbito de la enfermería, *CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)* y *Nursing and Allied Health Database*. El lenguaje de búsqueda que se empleó en *PubMed* fue controlado a través de *MeSH* y en las demás bases de datos se utilizó lenguaje natural. La [Tabla 2](#) recoge la estrategia de búsqueda al completo.

Para formular la ecuación de búsqueda y enlazar los términos, se utilizaron los operadores booleanos «AND» y «OR». No se consideró únicamente el operador «AND» por la escasa obtención de resultados en algunas bases de datos. Tampoco se empleó el operador «NOT» ni el truncamiento «*».

Para concretar la búsqueda se determinaron los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Publicaciones que incluyan el DML, su valoración y la profesión enfermera.
- Disponibilidad del artículo completo de libre acceso.
- Artículos sobre mujeres en edad adulta (19-44 años) ya que el embarazo y el puerperio en adolescentes y mujeres mayores incluyen casuísticas concretas que pueden asociar determinados riesgos y complicaciones que afecten a la experiencia de la LM.

Criterios de exclusión:

- Aquellos estudios llevados a cabo en animales.

Límites:

- Literatura publicada en los últimos 5 años (2018-2023), ya que la «regla de los 5 años», es un referente académico y un criterio de rigor científico esencial que garantiza la vigencia y la calidad de una investigación.
- Artículos en inglés y español.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Lenguaje	Términos empleados	Filtros aplicados	Artículos		
				1.ª fase: resultados	2.ª fase: títulos relevantes	3.ª fase: abstract
PudMed	Controlado: MeSH	((breast feeding) AND (nursing assessment)) OR (mastodynia)	• Últimos 5 años • Disponible texto completo • Especie humana • Idioma inglés y español • Sexo femenino • Edad adulta: 19-44 años	34	14	4
Web of Sience	Natural	((TS = (breast feeding)) AND TS = (nursing assessment)) AND TS = (breast pain)	• Acceso abierto • Últimos 5 años • Idioma inglés	9	7	4
CINAHL	Natural	(breastfeeding or breast-feeding or infant feeding or lactation or lactating) AND nursing assessment OR breast pain	• Texto completo • Últimos 5 años • Publicaciones académicas • Idioma inglés y español • Edad adulta: 19-44 años	54	8	4

Base de datos	Lenguaje	Términos empleados	Filtros aplicados	Artículos		
				1.ª fase: resultados	2.ª fase: títulos relevantes	3.ª fase: abstract
Nursing and Allied Health Database	Natural	(breastfeeding and breastfeeding) AND (nursing assessment) AND (breastfeeding pain)	• Texto completo • Últimos 5 años • Idioma inglés y español • Revistas científicas • Salud de la mujer • Lactancia materna • Madres • Cuestionarios • Dolor • Postparto • Enfermería materno-infantil • Salud materno-infantil • Cuidados de enfermería • Enfermeras • Pechos • Educación en enfermería • Gestión del dolor • Enfermería basada en la evidencia • Escala Likert	47	7	2
			TOTAL ARTÍCULOS	144	36	14

TS = Topic (tema)

2.3. Fases de la búsqueda bibliográfica

La estrategia de búsqueda bibliográfica rescató inicialmente 144 artículos. Estos resultados se guardaron y se analizaron por su título en un segundo tiempo, seleccionándose 36 de ellos (14 de *PubMed*, 7 de *WOS*, 8 de *CINAHL* y 7 de *Nursing and Allied Health Database*). A continuación, se generó un documento en Excel por cada base de datos, donde se incluyeron el título y el DOI de cada publicación.

Se compararon los artículos en busca de duplicidades, excluyéndose 1 por este motivo.

Tras la lectura del resumen, y en algunos casos del texto de forma somera, se registró si el artículo era seleccionado o no y el motivo. Así, en esta tercera fase se excluyeron 21 publicaciones por no cumplir con los criterios de inclusión y se seleccionaron 14 para llevar a cabo la revisión bibliográfica. El gestor bibliográfico empleado fue *Zotero*.

3. RESULTADOS

El proceso de selección de publicaciones puede observarse a continuación, en el diagrama de flujo recogido en la [Figura 1](#).

Finalmente, en esta selección se incluyeron 1 revisión sistemática, la descripción de 1 caso clínico y 12 estudios de investigación, entre los que encontramos 1 estudio analítico transversal, 4 estudios descriptivos, 1 estudio de casos y controles, 2 ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA), 1 análisis de datos secundario en este mismo contexto, 1 serie de casos, 1 estudio de intervención y 1 estudio de metodología mixta. Estas publicaciones se enmarcan en diferentes países como Brasil, Canadá, China, Estados Unidos, Irán, Taiwan y Turquía.

Se llevó a cabo la lectura exhaustiva de las publicaciones seleccionadas, extrayendo la información relativa a cada uno de los objetivos propuestos y agrupándola según este criterio.

Dicha clasificación y el texto derivado de ella constituyeron el cuerpo del Trabajo Fin de Grado de Enfermería de la Universidad de Salamanca realizado por la autora de correspondencia de este artículo. El documento ([21](#)) no ha sido objeto de publicación en revista.

La [Tabla 3](#) muestra un resumen de los resultados, agrupados en los objetivos planteados y con los datos más relevantes para cada objetivo.

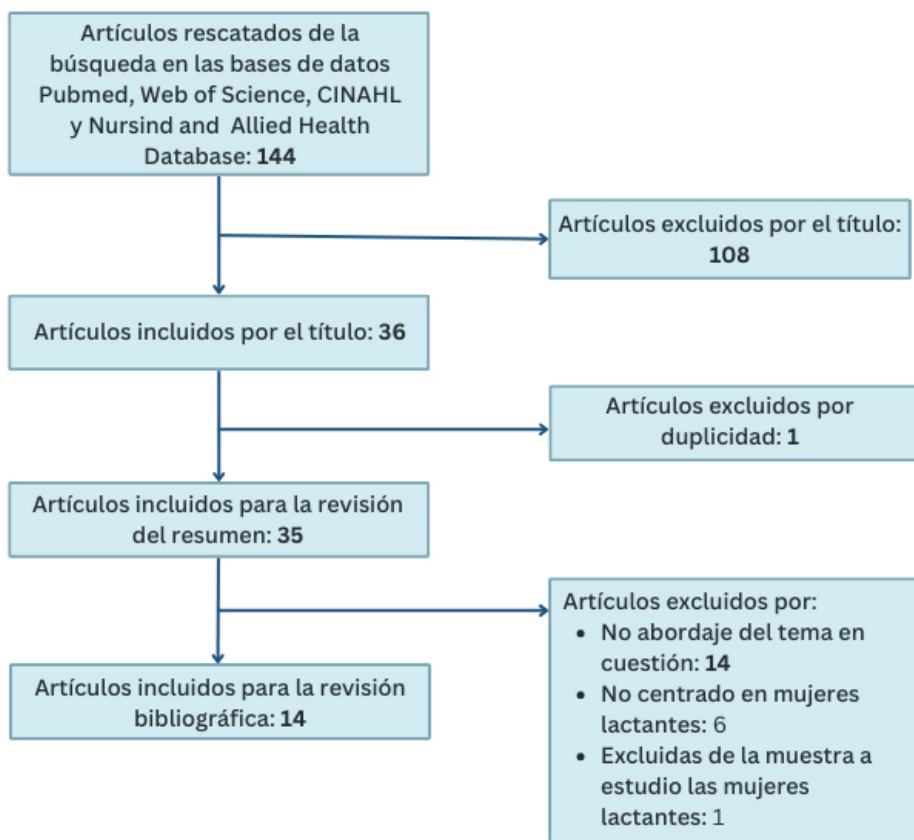


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso para seleccionar publicaciones

Tabla 3. Resultados de los estudios seleccionados sobre el dolor mamario durante la lactancia materna

Apartado	Artículo	Año	Resultado clave
Caracterización	Shafaei FS, <i>et al.</i> (22)	2017-2018	Dolor y grietas frecuentes en el postparto precoz; mayor frecuencia en grupo control a medio plazo.
	Kapinos K, <i>et al.</i> (23)	2016-2018	El dolor/infección mamaria supuso el 30 % de las consultas en telelactancia.
	Lucas R, <i>et al.</i> (24)	2016	El dolor mamario requiere abordaje integral: agarre, infecciones y autocontrol del dolor.
	Liu J, <i>et al.</i> (25)	2020-2021	Menor intensidad de dolor con atención enfermera basada en Medicina Tradicional China (MTC) ($p < 0.05$).
	Lim K-Y, <i>et al.</i> (26)	2021-2023	El 81.1 % refirió dolor; mejoría tras fisioterapia mantenida a 3 meses.
	Yao Y, <i>et al.</i> (27)	2017	Mejoría significativa del dolor tras terapia sistémica de 5 pasos (FSST) ($p < 0.001$).
Causas	Yao Y, <i>et al.</i> (27)	2017	Dolor asociado a mastitis aguda y obstrucción de conductos.
	Charette C, Thérroux L (28)	2015-2017	Dolor relacionado con alteraciones musculoesqueléticas y posturales; mejora con fisioterapia.
	Lucas R, <i>et al.</i> (24)	2016	Asociación genética (OXTR) con mayor sensibilidad al dolor mamario.

Apartado	Artículo	Año	Resultado clave
	Di Como J, <i>et al.</i> (29)	2018	Síndrome de Raynaud del pezón como causa de dolor mamario intenso.
Valoración enfermera	Shafaei FS, <i>et al.</i> (22)	2017-2018	Evaluación del dolor mediante ítem específico en lista ad hoc.
	Witt AM, <i>et al.</i> (30)	2015	Registro sistemático del dolor en la atención de Consultoras de Lactancia (LC)/Proveedores de Atención Primaria (PCP) basada en equipos.
	Kapinos K, <i>et al.</i> (23)	2016-2018	Telelactancia facilita valoración precoz del dolor.
	Yao Y, <i>et al.</i> (27)	2017	Uso de escala numérica (0-10) para valorar intensidad y mejoría del dolor.
	Charette C, Thérroux L (28)	2015-2017	Valoración integral: anamnesis, exploración y observación de la toma.
	Lucas R, <i>et al.</i> (24)	2016	Evaluación mediante Escala Analógica Visual (EVA) (0-100) y pruebas somatosensoriales estandarizadas (QST).
	Griffin CMC, <i>et al.</i> (31)	2015	Escala LATCH: ítem «comfort» valora dolor mamario.
	Keloglan S, <i>et al.</i> (32)	2016	Ítem «comfort» (LATCH) como principal dificultad asociada a dolor.
	Uyanik G, <i>et al.</i> (33)	2017	La Escala de Experiencia de Lactancia Materna (BES) incluye dolor, grietas e infección mamaria.
	Torquato RC, <i>et al.</i> (34)	2016	Cuestionario ad hoc. El 7.4 % refirió dolor durante la lactancia.

4. DISCUSIÓN

En esta revisión se encontró que los problemas de lactancia más frecuentes a los 15 días tras dar a luz son las grietas y el dolor mamario (22) y los problemas más frecuentes de consulta son el dolor, las grietas, la congestión e infección mamaria, la utilización de pezoneras y la dificultad con la posición y el enganche al pecho (23,30,33,34). Algunas de estas dificultades también aparecen recogidas en otra revisión de la literatura de 2018 (35) y no podemos olvidar que el dolor es señalado como factor que puede causar el abandono de la LM (4,16,17,24,32).

La prevalencia del DML es alta, algunos estudios la sitúan entre el 17 y el 29 % (4,36,37), en cambio, otros autores hablan del 40 al 90 % (17). Aunque en una de las publicaciones incluidas en esta revisión el dolor fue referido por el 81.1 % de las mujeres (26), hemos encontrado dificultad para determinar la prevalencia del DML, ya que en algunas investigaciones se estudia el DML en conjunto con otras patologías, problemas y/o dificultades, como el pezón invertido (32), las grietas (22), la incomodidad y la infección mamaria (23) y no como una entidad propia.

Diversos estudios han observado que el intervalo de tiempo en el que se da con mayor frecuencia el DML es en las dos primeras semanas postparto (4,36-38).

El DML tiene origen multifactorial (18) entre cuyas posibles causas encontramos:

- Obstrucción de conductos mamarios y mastitis (27): Yao *et al.* parten de la base de que estos procesos constituyen distintas etapas de la inflamación de la mama en el período de lactancia. Este concepto de evolución continúa entre diferentes procesos iniciados con la estasis de leche en los conductos galactóforos y que culmina con la infección bacteriana, coincide con el punto de vista de Amir L en 2014 (39) y con el *protocolo 36 de la Academia de Medicina en Lactancia Materna (ABM) sobre el espectro de la mastitis* (40).
- La presencia de los alelos menores para *OXTR rs53576* y *OXTR rs225498* en aquellas mujeres que tienen una mayor sensibilidad al dolor (identificada en pruebas somatosensoriales) indica un fenotipo genético de riesgo para padecer dolor mamario (24).
- Anquiloglosia en el lactante (24).
- Mal agarre del bebé al pecho (24).
- Trastornos musculoesqueléticos como alteración biomecánica del anillo torácico, tensión muscular, anormalidad postural de la cintura

escapular, cifosis, planitud torácica e inestabilidad neuromuscular en la cintura abdomino-lumbo-pélvico o escapular (28).

- Lesión del pezón por el uso de sacaleches (28).
- Dermatitis (28).
- Vasoespasmo del pezón (28) o síndrome de Raynoud (29).

A estas causas de DML, la ABM en su *protocolo número 26 sobre el dolor persistente con la lactancia materna* (18) añade otros tipos de infección además de la bacteriana (vímica por herpes simple y zóster e infección por cándida) y la dermatosis, que divide en procesos eccematosos, psoriasis y enfermedad de Paget.

Dado que la dificultad con la posición y el enganche al pecho es uno de los motivos más frecuentes de consulta (23), es necesaria la observación de una toma al pecho (30) que, junto a una exhaustiva anamnesis de la historia de embarazo, parto y postparto, historia y evolución de la lactancia (actual y previas) y exploración física de recién nacido y mujer que amamanta, forman parte de la valoración del DML (18). Este método de evaluación de las posibles causas de DML también fue utilizado en el estudio de Charette C y Thérroux L (28).

Otros dos estudios incluidos en esta revisión siguieron esta misma línea y además utilizaron la *Escala LATCH* (31,32). El objetivo de esta escala es valorar la LM en función de sus dificultades. Uno de sus ítems hace referencia a la presencia de dolor mamario (31). La simplicidad de esta herramienta permite a los profesionales comunicarse y a las enfermeras reconocer aquellas áreas en las que hay dificultades y brindar el apoyo necesario para el éxito y mantenimiento de la LM (31). Siguiendo con las escalas que no son específicas para la valoración del DML, otro de los estudios revisados validó la adaptación turca de la *Escala de Experiencia de LM*, que se emplea para valorar la duración de la LM y detectar los problemas derivados de la misma en el postparto temprano. En varios de sus ítems se contempla el dolor mamario y los procesos relacionados con él (33). Este estudio confirmó la fiabilidad y la validez de la adaptación turca de la escala para la población estudiada y concluyó que es una herramienta adecuada para valorar los problemas de LM en el postparto temprano (33).

Por otra parte, podría ser de utilidad incluir en la anamnesis un registro de problemas de lactancia, al igual que hicieron Shafaei *et al.* (22), que incorporaron en su lista de verificación ad hoc un ítem que hacía referencia a las grietas y al DML. En otra de las publicaciones revisadas también se utilizó un cuestionario ad hoc que incluía datos sociodemográficos e información clínica, a través de preguntas abiertas y cerradas (34).

Aunque no existe una herramienta validada específica para la valoración del DML (18), varios de los estudios revisados han empleado escalas numéricas para la valoración de la intensidad del dolor, como la *Escala de calificación numérica (NRS)* (25,26) y la *Escala Analógica Visual del dolor* (24). Otros autores han empleado para la valoración del DML una escala numérica de 0-10, no validada, en la que clasificaban el dolor en intervalos según su intensidad (27).

Las pruebas somatosensoriales también pueden ayudar a las enfermeras a reconocer de forma objetiva a aquellas mujeres que se encuentran en riesgo de padecer DML de forma continua y/o insoportable, lo que permite brindarles el apoyo que necesitan para disminuir el abandono precoz de la LM por esta causa (24).

Como resultado de esta revisión se han recopilado las siguientes intervenciones para el abordaje del DML en la práctica clínica:

- El manejo del enganche y la posición al pecho, de las infecciones y el soporte necesario para el autocontrol del dolor (24).
- La aplicación de compresas frías, acupresión (incluye el masaje en diferentes puntos de la mama) y tratamiento con ventosas en el contexto de la atención de enfermería basada en Medicina Tradicional China (MTC) basada en evidencia (25). Esta atención, aparte de disminuir el dolor mamario tras el parto, puede incrementar la producción de leche, la LME y paliar la ansiedad (25).
- La educación sobre síntomas mamarios y su autocontrol, el tratamiento con ultrasonido y la realización e instrucción en masaje mamario (26).
- Terapia sistemática de 5 pasos que incluye el tratamiento con láser, la extracción de leche con sacaleches eléctrico, el masaje mamario, la aplicación de una compresa fría humedecida con efecto hiperosmótico y la consejería en LM (27). Esta terapia, además de disminuir el dolor, puede reducir la inflamación y la induración, aunque en diferente grado en aquellos casos de obstrucción ductal y de mastitis aguda (27).
- Tratamiento de fisioterapia individualizada a partir de las técnicas empleadas para pacientes no lactantes con dolor torácico (terapia manual) y consejería en higiene postural, que incluye evitar posturas de cizallamiento (inclinarse a un lado sobre el bebé mientras se amamanta estando sentada) (28). En cambio, se aconseja adoptar una posición semirreclinada para dar de mamar, que incrementa el confort de lactantes y mujeres que amamantan, al favorecer la alineación neutra de la columna vertebral (28).

El tratamiento de fisioterapia se considera beneficioso para el abordaje de los síntomas mamarios durante la LM (26,28). En todas las intervenciones que se han descrito para el abordaje del DML, excepto en una, se aconseja el masaje mamario. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que en el año 2022 hubo un cambio en las recomendaciones de las medidas físicas reflejado en el *protocolo 36 de la ABM* (40), en el que deja de recomendarse el masaje profundo en la mama para aconsejarse el masaje linfático suave. Esto se debe a que el masaje profundo puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de flemón y absceso mamario, al lesionar los capilares y dar lugar a necrosis tisular (40). En el nuevo protocolo tampoco se aconseja la extracción con sacaleches con el objetivo de vaciar el pecho, a no ser que se trate de una lactancia en diferido, ya que la estimulación empeora el cuadro de hiperemia y edema, lo que incrementa el dolor, el proceso inflamatorio y el eritema (40). Además, puede verse dificultado el enganche al pecho y como consecuencia lesionarse el pezón y poner en peligro una correcta transferencia de leche (40).

Llama la atención que ninguno de los artículos incluidos en la revisión mencione el abordaje farmacológico del DML.

La consejería en LM durante el embarazo en atención primaria, llevada a cabo por matronas y asesoras de LM, puede incrementar la autoeficacia de las mujeres y solventar gran parte de los problemas derivados de la LM tras el parto (22). Shafaei *et al.* (22) no son los únicos que ponen en valor la labor de enfermeras y matronas, así como la formación específica en LM, sino que también lo hacen otros autores recogidos en esta revisión (23,25,27,28,30,34) y un estudio relativo al DML en el área de atención primaria en Madrid (4).

La importancia de la educación para la salud y la evaluación continua de los problemas de lactancia en el postparto radica en el impacto negativo que las experiencias previas pueden tener en la evolución de la lactancia y en la confianza de las madres, lo que a su vez repercute en las tasas de LM (22,35).

La atención a la LM basada en el trabajo en equipo entre la enfermera con formación en LM y otro procurador de salud brinda el apoyo continuo que madres y bebés lactantes necesitan y permite alcanzar los objetivos de prevención de atención primaria (30). A este respecto, es innegable la importancia, dentro de los equipos de atención primaria, de la enfermera especializada en educación para la salud y los cuidados necesarios para capacitar a la población en su propio autocuidado desde un punto de vista salutogénico, dotando de calidad al sistema de salud (41).

Una herramienta adecuada para apoyar la lactancia en el caso de aquellas diádas con dificultades en el acceso a atención sanitaria y para aquellas mujeres sin experiencia previa (y, por lo tanto, menos confianza y habilidades) y problemas tempranos con la LM, es la teleasistencia (23).

Limitaciones: La principal dificultad que se ha encontrado en la elaboración de este trabajo es la escasa obtención de resultados para los criterios de búsqueda y el tema abordado. Por otro lado, no se ha incluido el ámbito afectivo-emocional de la díada, centrándose el trabajo en aspectos físicos.

Fortalezas: Esta revisión sistemática exploratoria se ha llevado a cabo con una metodología estricta, reproducible y sistemática para la búsqueda y la evaluación de los estudios. La selección de fuentes se ha realizado con rigor, incluye información actualizada y responde a preguntas específicas. Por otro lado, el profundizar en este tema permite establecer la base sobre la que trabajar para implementar cambios en el modelo asistencial y los protocolos de abordaje del DML, de tal manera que se contribuya a mejorar la atención y los cuidados enfermeros a las mujeres lactantes y sus criaturas.

No obstante, ya que la evidencia científica existente es reducida y no hay consenso científico sobre su origen, valoración y tratamiento (18), se recomienda seguir investigando en la materia.

5. CONCLUSIONES

La evidencia surgida de esta revisión exploratoria sugiere que:

- El DML es un problema frecuente, especialmente en las dos primeras semanas postparto, que puede ser causa de abandono de la LM.
- Su prevalencia es alta, oscila según diferentes autores y en ocasiones no se estudia como entidad única, sino en conjunto con otros procesos.
- Su origen es multifactorial y, aunque parece que responde favorablemente al tratamiento con fisioterapia, no hay consenso en su abordaje.
- Tampoco hay consenso en la herramienta para su valoración, si bien la anamnesis, la historia de lactancia, la exploración física de lactante y mujer que amamanta y la observación de la toma al pecho, son las más habituales.
- Las escalas numéricas son las más empleadas para medir la intensidad del dolor.
- La enfermera tiene un papel fundamental en la educación para la salud, el apoyo y el seguimiento de la LM, así como para la valoración y el abordaje del DML y otras dificultades de la lactancia. Así pues, es necesario que reciba formación específica y se mantenga actualizada.
- Es importante tener una visión integral de la díada madre-hijo, incluyendo la salud emocional.

- Por todo lo expuesto es necesario y pertinente continuar investigando en el origen, prevalencia, valoración y abordaje del DML.

AGRADECIMIENTOS

A mis compañeras Nerea Martín Calvo, Cristina Razquin Burillo, M.^a Teresa Sesma Pascual y Zenaida Vázquez Ruiz (Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra) por sus sabios consejos; Carolina Donat Vargas (Facultad de Farmacia y Ciencias de la Alimentación. Universidad de Barcelona) por interesarse en este tema; Idoia Blanco Luquin (Universidad Pública de Navarra) por su apoyo incondicional; y Mónica Árias Colinas (Área Salud, Experimentales y Técnicas, Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra) por animarme a publicar mi trabajo.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, UNICEF. Documento de promoción. Lactancia Materna y prevención del sobrepeso en la niñez [Internet]. 2020 [citado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/256/file/Breast-feeding%20and%20prevention%20of%20overweight%20in%20children%20-%20Spanish.pdf>
2. Moreno Villares JM, Collado MC, Larqué E, Leis Trabazo MR, Sáenz de Pipaon M, Moreno Aznar LA. Los primeros 1000 días: una oportunidad para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles. Nutr Hosp. 2018. <https://doi.org/10.20960/nh.02453>
3. Unicef para cada infancia México [Internet] [citado el 5 de marzo de 2023]. Programa Lactancia Materna. La leche materna es el mejor alimento para niños y niñas durante sus 6 primeros meses de vida. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna#:~:text=Adem%C3%A1s%20de%20proporcionar%20todos%20los,infantil%2C%20hipertensi%C3%B3n%20y%20colesterol%20alto>
4. Carrera Polanco M, Lorente García-Mauriño AM, Domínguez Aurrecoechea B, Red de Investigación en Pediatría de Atención Primaria (PAPenRED). Prevalencia y características de la lactancia dolorosa. Estudio prospectivo multicéntrico en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 24 de junio de 2021;(23):163-73.
5. Junta de Castilla y León-Consejería de Sanidad, Ventana abierta a la familia, Interreg España-Portugal, Riscar. Junta de Castilla y León [Internet]. 2020 [citado el 5 de febrero de 2023]. Importancia de los 1000 primeros días en la vida del bebé. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/infancia/alimentacion/1000-primeros-dias/importancia-1000-primeros-dias-vida-bebe>

6. Monge Zamorano M, López Mendoza S, Méndez Abad ME, Hernández González MJ, Viota Puerta E, Montesdeoca Afonso M del R. La importancia de los 1000 primeros días de vida. *Canar Pediátrica*. Abril de 2020;44(1):38-43.
7. Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Hidalgo-Vega Á, Blanco-Rodriguez JM, Segura-Fragoso A. The Economic Influence of Breastfeeding on the Health Cost of Newborns. *J Hum Lact*. mayo de 2019;35(2):340-8. <https://doi.org/10.1177/0890334418812026>
8. Comité de Lactancia Materna de la AEP (Asociación Española de Pediatría). Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2012 [citado el 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>
9. Hernández Aguilar MT, Cantero Llorca J. Unidad Departamental de Lactancia Materna. 2015.
10. Unicef United Kingdom the Baby Friendly Initiative [Internet] [citado el 5 de febrero de 2023]. Investigación en Salud Infantil. Disponible en: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/infant-health-research/>
11. INCAP, FAO G, ONU mujeres G, OPS/OMS G, PMA G, UNFPA G, *et al*. The Lancet. La primera serie de la Revista The Lancet sobre Lactancia Materna, 2016 [Internet]. Guatemala, Centro América; 2016 [citado el 19 de febrero de 2023]. 45 p. (2016 sobre Lactancia Materna). Disponible en: [http://www.ibfan-alc.org/noticias/The%20Lancet%202016%20Lactancia%20Materna_WEBFINAL_Spa%20\(1\)%20\(1\).pdf](http://www.ibfan-alc.org/noticias/The%20Lancet%202016%20Lactancia%20Materna_WEBFINAL_Spa%20(1)%20(1).pdf)
12. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martinez J, *et al*. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. Diciembre de 2015;104:3-13. <https://doi.org/10.1111/apa.13147>
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. OPS Organización Panamericana de la Salud [Internet] [citado el 5 de marzo de 2023]. Lactancia materna y alimentación complementaria. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
14. Ministerio de Sanidad España. Casi la mitad de los bebés reciben lactancia materna exclusiva a los 6 meses. Encuesta Nacional de Salud 2023 [Internet]. 2025 [citado el 5 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6734>
15. Herrero Martínez MH. Políticas de promoción de lactancia materna en España y Europa: un análisis desde el género. *ILEMATA Rev Int Éticas Apl*. 2017;(25):201-15.
16. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics*. 1 de marzo de 2013;131(3):e726-32. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1295>
17. Martínez Rubio A, Galbe, Sánchez-Ventura J, Esparza, Olcina M, Grupo PrevInfand. Cuando amamantar duele. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. Junio de

- 2017 [citado el 19 de septiembre de 2023];19(26). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300015
18. Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM, the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. *Breastfeed Med*. Marzo de 2016;11(2):46-53. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.29002.pjb>
 19. Moltó Chordá B, Arantegui Pérez MM, Marco M, Ruiz Pérez I. Proceso de atención de Enfermería en la lactancia materna. *Ocronos*. Junio de 2022;5(6):147.
 20. Parra-Peralbo E. Investigación aplicada a la salud pública. Pregunta de investigación. Figura 4. Diagrama descriptivo del sistema PICO. Universidad Europea; 2023.
 21. López García L. Valoración de enfermería del dolor mamario lactacional [Trabajo Fin de Grado de Enfermería]. Escuela de Enfermería de Zamora: Universidad de Salamanca; 2024.
 22. Shafaei FS, Mirghafourvand M, Havizari S. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial. *BMC Womens Health*. Diciembre de 2020;20(1):94. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00947-1>
 23. Kapinos K, Kotzias V, Bogen D, Ray K, Demirci J, Rigas MA, *et al*. The Use of and Experiences With Telelactation Among Rural Breastfeeding Mothers: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 3 de septiembre de 2019;21(9):e13967. <https://doi.org/10.2196/13967>
 24. Lucas R, Zhang Y, Walsh SJ, Starkweather A, Young E. OXTR rs53576 Variation with Breast and Nipple Pain in Breastfeeding Women. *Pain Manag Nurs*. Junio de 2021;22(3):369-76. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.09.007>
 25. Liu J, Chen H, Wang W, Zhao D. Application of Traditional Chinese Medical Science Characteristic Nursing Mode Based on Evidence-Based Medicine to Puerperal Breast Tenderness and Pain. Yang S, editor. *Evid Based Complement Alternat Med*. 30 de junio de 2022;2022:1-7. <https://doi.org/10.1155/2022/7527890>
 26. Lin KY, Shao W, Tsai YJ, Yang JF, Wu MH. Physical therapy intervention for breast symptoms in lactating women: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14 de noviembre de 2023;23(1):792. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06114-2>
 27. Yao Y, Long T, Pan Y, Li Y, Wu L, Fu B, *et al*. A Five-step Systematic Therapy for Treating Plugged Ducts and Mastitis in Breastfeeding Women: A Case-Control Study. *Asian Nurs Res*. Agosto de 2021;15(3):197-202. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.04.001>
 28. Charette C, Thérault L. Musculoskeletal Impairment: Causes of Pain with Breastfeeding Insight into 11 Cases. *Breastfeed Med*. 1 de octubre de 2019;14(8):603-8. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0047>
 29. Di Como J, Tan S, Weaver M, Edmonson D, Gass JS. Nipple pain: Raynaud's beyond fingers and toes. *Breast J*. octubre de 2020;26(10):2045-7. <https://doi.org/10.1111/tbj.13991>

30. Witt AM, Witt R, Lasko L, Flocke S. Translating Team-Based Breastfeeding Support into Primary Care Practice. *J Am Board Fam Med*. Noviembre de 2019;32(6):818-26. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.06.190118>
31. Griffin CM da C, Amorim MHC, Almeida F de A, Marcacine KO, Goldman RE, Coca KP. LATCH como ferramenta sistematizada para avaliação da técnica de amamentação na maternidade. *Acta Paul Enferm*. 22 de febrero de 2022;35:eAPE03181. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03181>
32. Keloglal S, Yilmaz A, Gumus K. Factors Affecting Mothers' Breastfeeding. *Int J Caring Sci*. Abril de 2018;11(1):225-30.
33. Uyanik G, Turfan EÇ, Ekşioğlu A. Reliability and validity study of the Breastfeeding Experience Scale among Turkish mothers. *Breastfeed Rev*. Julio de 2022;30(2):7-16.
34. Torquato RC, Silva VMGN, Lopes AP de A, Rodrigues L do N, Silva WCP da, Chaves EMC. Profile of nursing mothers and infants attended at the primary health care unit. *Esc Anna Nery*. 1 de febrero de 2018;22(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0212>
35. Tirano Bernate DC, Pinzón Espitia OL, González Rodríguez JL. Factores de riesgo y barreras de implementación de la lactancia materna: revisión de literatura. *Rev Esp Nutr Humana Dietética*. 31 de diciembre de 2018;22(4):263-71. <https://doi.org/10.14306/renhyd.22.4.442>
36. Marín M, Villanueva I, Domínguez A, Carrera M. Incidencia y factores de riesgo del dolor durante la lactancia: estudio prospectivo en una consulta de Pediatría en Atención Primaria. *Acta Pediatr ESP*. 2019;77(9-10):e158-68.
37. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM, for the CASTLE Study Team. Nipple Pain, Damage, and Vasospasm in the First 8 Weeks Postpartum. *Breastfeed Med*. Marzo de 2014;9(2):56-62. <https://doi.org/10.1089/bfm.2013.0106>
38. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 de diciembre de 2014. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007366.pub2>
39. Amir LH. Managing common breastfeeding problems in the community. *BMJ*. 12 de mayo de 2014;348(may12 9):g2954-g2954. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2954>
40. Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Widmer K, *et al*. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeed Med*. 1 de mayo de 2022;17(5):360-76. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29207.kbm>
41. Talavera Pérez ML, Fontseré Casadesús AM, Raya Tena A. La enfermera de atención primaria: Rol y responsabilidades. *Aten Primaria*. Julio de 2022;54(7):102345. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102345>