

ARTÍCULO ORIGINAL

El dolor mamario durante la lactancia materna. Un análisis descriptivo en Navarra

Leyre López García¹

José Miguel Mansilla Domínguez²

¹. Máster en Salud Pública. Graduada en Enfermería. IBCLC. Apoyo a la investigación. Universidad de Navarra, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Instituto de Nutrición y Salud (INS). Universidad de Navarra. IdisNa (Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra).

². Doctor. Máster en Salud Pública y Epidemiología. Diplomado en Enfermería. Universidad Europea de Madrid. Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina, Salud y Deportes.

Correspondencia: leyrelopezga@gmail.com

Citación: López García L, Mansilla Domínguez JM. El dolor mamario durante la lactancia materna. Un análisis descriptivo en Navarra. RevPuls 2026; 2(2)



RESUMEN

Introducción

El dolor mamario lactacional es un importante problema de salud pública, ya que afecta de forma negativa a la evolución de la lactancia materna y a la salud de las mujeres y los lactantes. Sin embargo, no existe suficiente evidencia sobre sus causas, valoración, tratamiento y prevalencia.

Objetivo

Conocer el dolor mamario lactacional en los primeros tres meses postparto en mujeres de la Comunidad Foral de Navarra.

Material y método

Estudio descriptivo, observacional, cuantitativo y transversal mediante encuesta poblacional, con una muestra de 50 participantes.

Resultados

La prevalencia de dolor mamario fue alta (86%). El 88,4% de las mujeres con dolor consultaron por este motivo y el período de tiempo en el que refirieron dolor con mayor frecuencia fue en las dos primeras semanas postparto (42%). Los síntomas locales fueron los que acompañaron al dolor con mayor asiduidad. El 87,5% de las mujeres que recibieron atención especializada en lactancia estuvo a cargo de la matrona. Un 24% se planteó abandonar la lactancia a causa del dolor. El diagnóstico más frecuente entre los lactantes fue la anquiloglosia (20,9%). No se observó ninguna asociación estadísticamente significativa entre las variables a estudio y el dolor mamario lactacional. No obstante, se encontró que existe asociación estadísticamente significativa entre el hecho de tener una obstrucción ductal y desarrollar mastitis, tanto aguda ($p=0,001$) como subaguda ($p=0,009$).

Conclusiones

Es necesario seguir investigando en la etiopatogenia, valoración y tratamiento del dolor mamario lactacional.

Palabras clave: mastodinia; lactancia materna; período postparto; mastitis; salud pública.

ABSTRACT

Introduction

Lactational breast pain is an important public health problem, as it negatively affects the evolution of breastfeeding and the health of women and infants. However, there is insufficient evidence on its causes, assessment, treatment and prevalence.

Objective

To learn about breast pain during breastfeeding in the first three months postpartum in women in the Autonomous Community of Navarra.

Methodology

Descriptive, observational, cross-sectional study by means of a population-based survey, with a sample of 50 participants.

Results

The prevalence of lactational breast pain was high (86%). The period of time in which women reported pain most frequently was in the first two weeks postpartum (42%). The most frequent accompanying symptoms of pain were local. The most frequent diagnosis among infants was ankyloglossia (20.9%). 88.4% of the women with pain consulted for this reason. The midwife was responsible for 87.5% of the women who received specialized breastfeeding care. A total of 24% considered abandoning breastfeeding because of pain. No statistically significant association was observed between the variables under study and lactational breast pain. However, it was found that there was a statistically significant association between having an obstruction of the mammary ducts and developing mastitis, both acute ($p=0.001$) and subacute ($p=0.009$).

Conclusions

Further research is needed on the etiopathogenesis of lactational breast pain, its assessment and treatment.

Keywords: mastodynia; breastfeeding; postpartum period; mastitis; public health.

Agradecimientos a: Estefanía Ainhoa Toledo Atucha, Cristina López Del Burgo y Ana Cristina Rovayo (Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra), Idoia Blanco Luquin (Universidad Pública de Navarra) y Mónica Árias Colinas (Área Salud, Experimentales y Técnicas. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra).

INTRODUCCIÓN

Son innegables los beneficios de la lactancia materna (LM) en la salud a corto, medio y largo plazo para mujeres y lactantes, el entorno familiar, comunitario y el ecosistema, y por lo tanto para la sociedad en su totalidad⁽¹⁻⁴⁾.

Además, la LM tiene un impacto positivo en el sistema de salud, ya que generan menor gasto sanitario aquellos bebés alimentados con leche materna de forma exclusiva que aquellos alimentados con leche de fórmula, porque los primeros tienen menor riesgo de enfermar^(5, 6).

El dolor mamario lactacional (DML) es una de las principales causas de demanda de atención sanitaria en el puerperio y afecta desfavorablemente a la evolución de la LM, siendo una de las principales causas del cese de la misma y, por tanto, un importante problema de salud pública⁽⁷⁻¹⁰⁾.

A pesar de ello es un tema minusvalorado, la bibliografía es limitada, no hay consenso científico sobre su etiopatogenia y los estudios sobre cómo valorarlo, cuál es su prevalencia, sus rasgos distintivos, la conducta de las madres que lo sufren y su tratamiento, son insuficientes^(7, 9).

La promoción de la LM debe pasar por una correcta atención sanitaria a las mujeres lactantes para el adecuado diagnóstico y tratamiento del DML, que haga posible conseguir los objetivos de alimentación de sus hijos/as⁽⁷⁾.

Por ello es pertinente la investigación en este campo⁽⁷⁾, especialmente en la Comunidad Foral de Navarra, donde no se ha estudiado todavía.

Así pues, el objetivo general de este trabajo es conocer el DML en los primeros tres meses postparto en mujeres en Navarra. Para ello, se pretende determinar la prevalencia del DML y caracterizarlo, evaluar la atención sanitaria que reciben las mujeres lactantes en Navarra e identificar el DML como posible causa de abandono de la lactancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. El tipo de muestreo fue no probabilístico consecutivo.

Se llevó a cabo un proyecto piloto con 50 participantes, en el contexto del Trabajo Fin de Máster en Salud Pública de la Universidad Europea de Madrid (UEM), y se empleó el método de muestreo de bola de nieve.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron aquellas mujeres mayores de edad que dieron a luz del 01 al 28 de febrero (primer reclutamiento) y del 01 al 31 de marzo de 2023 (segundo reclutamiento) en Navarra y residieron en esta comunidad los primeros tres meses tras el parto; que lactaron en algún momento del período estudiado y tanto aquellas que tuvieron DML como las que no.

Se excluyeron del estudio aquellas mujeres que habían sufrido una pérdida gestacional tardía, muerte perinatal o fallecimiento del recién nacido en los primeros tres meses de vida; con dificultades idiomáticas y/o aquellas que no aceptaran el consentimiento informado.

Herramienta de recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo del 23 de mayo al 20 de junio y del 22 de junio al 18 de julio de 2023, por medio de una encuesta poblacional *ad hoc*. Esta encuesta se realizó a través de Google Form de forma online.

Variables del estudio

Al inicio de la encuesta se incluyó información sobre el estudio y el consentimiento informado. La no aceptación del consentimiento impidió el acceso al cuestionario, que incluyó las variables descritas en la **Tabla 1** (posibles factores de riesgo del DML)⁽⁹⁾.

Además, se incluyeron datos sobre la presencia y duración⁽⁹⁾, características, síntomas asociados, diagnóstico y tratamiento del DML^(7, 11-15).

Para valorar la intensidad del dolor, se utilizó la Escala Analógica Visual (EVA) donde una puntuación del 1-3 corresponde a un dolor leve, de 4-7 moderado y de 8-10 severo⁽¹³⁾.

Tabla 1. Variables sociodemográficas y de embarazo, parto y lactancia materna (LM)

Variables			Total de participantes n=50	
Sociodemográficas	Edad (años)	Media	35,36 años	
		Desviación estándar	3,958	
	Número de hijos (incluyendo al recién nacido)	Media	1,52 hijos	
		Desviación estándar	0,646	
	Procedencia	España	96% (n= 48)	
		América del Sur	4% (n= 2)	
	Nivel de estudios	Secundarios	16% (n= 8)	
		Universitarios	84% (n=42)	
	Situación laboral	En paro (prestación)	2% (n=1)	
		Trabajadora por cuenta ajena	74% (n= 37)	
		Trabajadora por cuenta propia	10% (n= 5)	
		Sin empleo	14% (n=7)	
Embarazo, parto y lactancia materna	Experiencia previa con la LM	No	52% (n=26)	
		Sí, positiva	36% (n=18)	
		Sí, negativa	12% (n=6)	
	Tipo de lactancia en la actualidad	Lactancia materna exclusiva (LME) *	76% (n=38)	
		Lactancia mixta (LM) **	18% (n=9)	
		Lactancia artificial (LA) ***	6% (n=3)	
	Clases sobre lactancia materna durante el embarazo	No	50% (n=25)	
		Sí	50% (n=25)	
	Tratamiento antibiótico durante el embarazo o el parto	No	74% (n=37)	
		Sí	26% (n=13)	
	Lugar de nacimiento del recién nacido	Hospital Virgen del Camino (Pamplona)	74% (n=37)	
		Hospital García Orcoyen (Estella)	12% (n=6)	
		Hospital Reina Sofia (Tudela)	2% (n=1)	
		Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)	8% (n=4)	
		Clínica San Miguel (Pamplona)	2% (n=1)	
		Domicilio particular	2% (n=1)	
	Prematuridad del recién nacido	No	96% (n=48)	
		Sí	4% (n=2)	
	Separación de la diada tras el parto	No	88% (n=44)	
		Sí	12% (n=6)	
	Tiempo desde el nacimiento hasta la primera toma	Una hora o menos	68% (n=34)	
		Más de una hora	28% (n=14)	
		No sabe/no contesta	4% (n=2)	
	Uso de chupete antes del mes de vida	No	76% (n=38)	
		Sí	24% (n=12)	
	Tipo de parto	Cesárea	6% (n=3)	
		Vaginal	94% (n=47)	Con epidural 72% (n=36)
				Con desgarro 44% (n=22)
				Con episiotomía 18% (n=9)
				Uso de instrumental 16% (n=8)

*"Alimentación exclusiva por leche materna"⁽¹³⁾
 ***"Alimentación por leche materna y preparados artificiales, independientemente de su proporción"⁽¹³⁾

****"Alimentación exclusivamente con preparados artificiales"⁽¹³⁾

Sobre la asistencia recibida, se preguntó si consultaron o no por DML⁽⁹⁾, si recibieron atención especializada, qué profesionales les atendieron^(7,12,16) y si se sintieron apoyadas en sus lactancias⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Por último, se incorporaron datos sobre el tipo, la evolución y el abandono de la LM, incluidos los motivos para el cese y continuación^(9,16).

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos, a través de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico [P25-P75] para las variables cuantitativas (analizando también simetría y curtosis). Se emplearon los programas Excel e IBM SPSS (versión 29.0.0.0 [241]).

Consideraciones éticas

Se solicitó la aprobación a la Comisión de Investigación de la UEM y el proyecto quedó registrado el 10/05/2023 con el código 23.272.

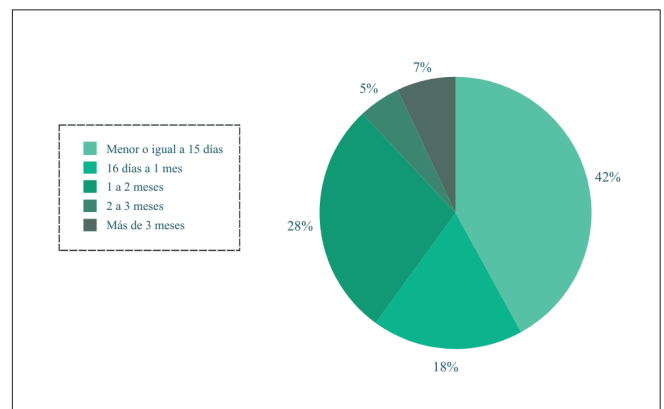
Se respetaron las normas de protección de datos y de confidencialidad de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

RESULTADOS

Aunque inicialmente intentaron participar 87 mujeres, 37 fueron excluidas por no cumplir los criterios de inclusión. Los datos sociodemográficos y aquellos relacionados con el embarazo, parto y LM de las participantes incluidas se presentan en la **Tabla 1** (posibles factores de riesgo del DML)⁽⁹⁾. No se observó ninguna asociación estadísticamente significativa entre estas variables y el DML.

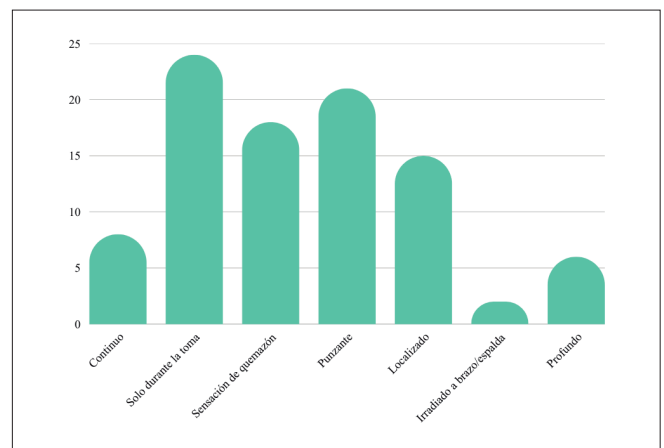
La gran mayoría de las mujeres (86%) refirió DML durante los primeros tres meses posparto. De entre ellas, el 90,7% lo sufrió en ambos pechos. Como se puede observar en la **Figura 1**, la mayor parte de las mujeres experimentaron dolor durante los primeros 15 días postparto, disminuyendo la prevalencia durante el primer mes y aumentando de nuevo durante los dos meses tras el parto.

Figura 1. Duración del dolor mamario lactacional (DML)



En cuanto a las características del DML (**Figura 2**), un 55,8% de las mujeres con dolor afirmaron sentirlo solo durante la toma, frente al 18,6% que lo sentían de forma continua. Por otro lado, un 34,9% refirió dolor localizado frente a un 4,7% irradiado a brazo y espalda. En cuanto al tipo de dolor, el más frecuente fue el punzante (48,8%) seguido de la sensación de quemazón (41,9%).

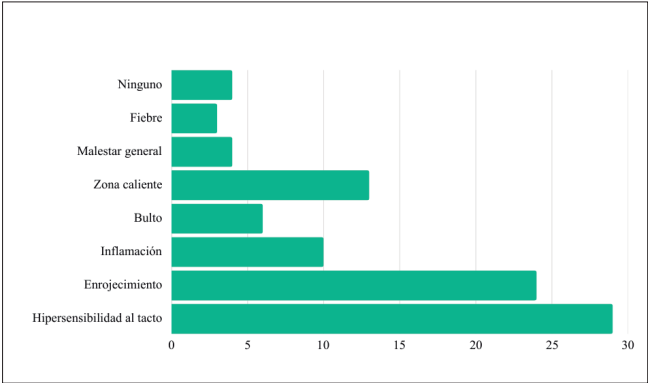
Figura 2. Características del dolor mamario lactacional (DML) (n)



Con respecto a la intensidad del dolor, la media de puntuación EVA fue de 6,70 (desviación estándar de 2,076). 5 mujeres afirmaron haber tenido dolor leve, 20 moderado y 18 severo.

El DML se acompañó de otra clínica en el 90,7% de los casos (**Figura 3**), siendo los más frecuentes los síntomas locales como la hipersensibilidad al tacto (67,4%) y el enrojecimiento (55,8%) y los menos frecuentes los síntomas sistémicos como el malestar general (9,3%) y la fiebre (7%).

Figura 3. Síntomas acompañantes del dolor mamario lactacional (DML) (n)



De entre las 43 mujeres que presentaron dolor, se realizaron 3 cultivos de leche materna (todos negativos). Se diagnosticaron 5 casos de mastitis aguda, 7 de mastitis subaguda y 1 absceso mamario. El diagnóstico más frecuente fueron las grietas en los pezones (n=28), seguido de la obstrucción ductal (n=8) y las perlas de leche (n=7). Los diagnósticos menos frecuentes fueron ampollas (n=2) y eccema (n=1).

El 80% de las mujeres que tuvieron mastitis aguda, también fueron diagnosticadas de obstrucción ductal, encontrándose asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (p=0,001). Además, el 57,1% de las mujeres con mastitis subaguda también tuvieron obstrucción de conductos, existiendo también relación estadísticamente significativa (p=0,009). Por otro lado, el 40% de las mujeres que padecieron mastitis subaguda tuvieron mastitis aguda.

La mujer con absceso mamario, también padeció grietas, obstrucción ductal, mastitis subaguda y aguda.

En cuanto a los diagnósticos en el lactante, un 20,9% de los nacidos de madres con DML fueron diagnosticados de anquiloglosia, un 14% de alteraciones y/o tensiones estructurales (como tortícolis congénita, fractura de clavícula, traumatismos intraparto, etc.) y un 9,3% de problemas digestivos. Fueron tratados de sus dolencias el 65% de los bebés diagnosticados.

Por otro lado, cabe destacar la relación entre el DML y alguna de las variables a estudio, presentadas en la **Tabla 2**.

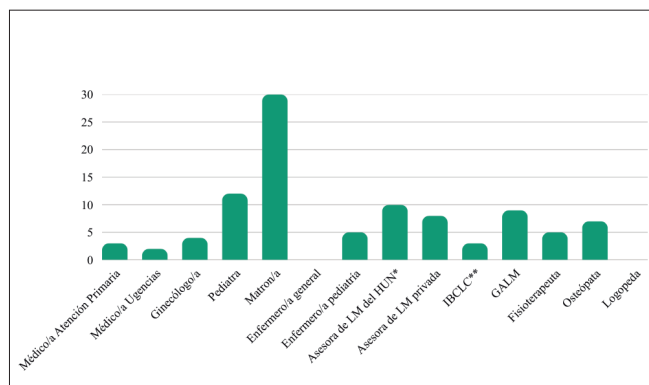
Tabla 2. Relación entre el dolor mamario lactacional (DML) y variables maternas, neonatales y de lactancia

Variable	Categoría	DML (%)
Prematuridad	Recién nacido prematuro	100
	Recién nacido a término	85,4
Clases sobre LM durante el embarazo	Sí	88,0
	No	84,0
Tratamiento antibiótico durante embarazo o parto	Sí	84,6
	No	86,5
Lugar de nacimiento	Hospital Virgen del Camino (Pamplona)	83,8
	Hospital García Orcoyen (Estella)	100
	Hospital Reina Sofía (Tudela)	100
	Clínica Universidad de Navarra	100
	Clínica San Miguel	100
	Domicilio	0
Tipo de parto	Vaginal	87,2
	Cesárea	66,7
Separación diada tras el nacimiento	Sí	83,3
	No	86,4

	No	86,4
Tiempo hasta inicio de la LM	Primera hora postparto	82,4
	Después de la primera hora	92,9
Uso de chupete antes del primer mes	Sí	91,7
	No	84,2
Experiencia previa con LM	Sin experiencia	88,5
	Experiencia positiva	77,8
	Experiencia negativa	100
Tipo de lactancia	LME	81,6
	Lactancia mixta o artificial	100
Apoyo para la LM	Sí	87,2
	No	66,7

La mayoría de las mujeres con DML pidió ayuda o consultó por este motivo (88,4%) y el 81,4% recibió atención especializada en LM. Tal y como se muestra en la **Figura 4**, de entre las mujeres que recibieron atención especializada (n= 35), la matrona fue la profesional que más servicios prestó (85,7%), seguido por el pediatra (34,3%), los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM) (25,7%) y las asesoras de LM (28,6% servicio público y 22,9% consulta privada). Un 34,3% fueron atendidas por más de tres profesionales especializados en LM.

Figura 4. Figura 4. Procuradores de atención especializada en LM (n)



*HUN: Hospital Universitario de Navarra.

**IBCLC: Siglas en inglés de Consultora Certificada en Lactancia Materna Internacional.

Las participantes con dolor recibieron diferentes recomendaciones en cuanto a medidas físicas para su tratamiento, que incluían el descanso materno (14%), aplicación de calor (44,2%) o frío (37,1%) local, masaje en la mama (58,1%), vaciado frecuente del pecho (34,9%) y colocar al bebé en una posición que favorezca el drenado (72,1%). 8 de los casos no recibieron ninguna recomendación y 17 (39,5%) recibieron más de 3 recomendaciones.

En cuanto al tratamiento farmacológico, un 55,8% de las mujeres con dolor no recibieron pautas, a un 27,9% se les recetaron analgésicos/antiinflamatorios, a un 16,3% antibióticos y a un 34,9% probióticos.

Las medidas físicas y el tratamiento recibido fueron efectivos para la resolución del dolor en un 81,3% de los casos.

En relación con la LM, recibió apoyo un 94% del total de la muestra. Un 82% de las mujeres afirmaron recibir apoyo de su pareja, el 50% de su familia, el 24% de su entorno cercano, el 26% de GALM y el 62% de sanitarios. El 32% de las participantes se planteó en algún momento abandonar la LM, el 24% manifestó su relación con el DML y el 6% con la falta de apoyo.

Finalmente abandonó la lactancia un 6% de las mujeres que se lo habían planteado (n=3), en 1 caso por la intensidad del DML, otro por la falta de apoyo y 2 asociaron además otros motivos. Todas las mujeres que abandonaron la LM refirieron DML.

Entre las mujeres que continuaron lactando, en el 38,5% de los casos afirmaron que el motivo fue el apoyo, cifra similar a las que lo atribuyeron a la resolución del problema de lactancia.

DISCUSIÓN

Durante la consecución de los objetivos de esta investigación, pudo observarse una prevalencia de LME a los tres meses superior a la española, ya que un 76% de las mujeres de este estudio ofrecieron LME a sus bebés frente a cerca del 64% según la ENS de 2017^(9,18). También fue superior a la del Ayuntamiento de Ames (A Coruña) donde un estudio descriptivo transversal mediante encuesta telefónica sitúa la prevalencia de LME a los tres meses en poco más del 44%⁽¹⁹⁾.

Del mismo modo, la prevalencia de DML durante los tres primeros meses postparto (86%) fue superior a la identificada en dos estudios prospectivos en el área de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid sobre el dolor al amamantar, su prevalencia, características y factores de riesgo (68,5% y 65%)^(9,20). También fue superior a las cifras observadas en un estudio en Australia, donde el 79% de las mujeres lactantes presentaban dolor antes del alta hospitalaria y un 20% lo refería a los dos meses⁽²¹⁾. Estaría en el rango establecido por otros autores (40–90%)⁽¹⁰⁾ y sin embargo es inferior a la prevalencia reportada en un estudio descriptivo transversal que analizó el dolor del pezón asociado a la LM en los dos primeros días tras el parto en un hospital de Madrid (97%)⁽²²⁾. Estos datos sugieren que el DML es un problema frecuente^(9,10,21).

El período de tiempo en el que las mujeres refirieron DML con mayor frecuencia, fue en las dos primeras semanas tras el parto, hecho que coincide con lo observado en otros estudios^(9,20,21,23).

Los síntomas más frecuentes que acompañaron al DML fueron los locales, que pueden caracterizar tanto a la mastitis subaguda como a la mastitis aguda (acompañados en este caso de síntomas sistémicos), tal y como se indica en una “Actualización de la clasificación y manejo de mastitis” de 2020⁽²⁴⁾. Si bien es cierto que, al igual que menciona la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica)⁽¹¹⁾ y de acuerdo a la actualización citada⁽²⁴⁾, el tipo de mastitis más frecuente en las mujeres del presente estudio, fue la subaguda.

El diagnóstico más frecuente entre los nacidos de mujeres con DML fue la anquiloglosia, cuya prevalencia en Navarra fue superior con respecto a la del Principado de Asturias (20,9% frente a 12,1%)⁽²⁵⁾ y muy superior a otros países europeos, como Andorra (6,54%)⁽²⁶⁾. Esta circunstancia puede deberse a que uno de los problemas derivados de la anquiloglosia es el dolor en la mama y la mastitis recurrente^(10,27,28).

Cabe destacar el diagnóstico de mastitis, la antibioterapia y la escasa realización de cultivos de leche materna en nuestro estudio. Aunque se recomienda cautela con el uso de antibióticos⁽⁷⁾, no hay consenso científico acerca del cultivo de leche materna, existiendo diferentes indicaciones recogidas por la ABM (Academy of Breastfeeding Medicine), la “Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna”, la “Guía PRIOAM”, la SEIMC y el NICE (National Institute for Clinical Excellence)^(7,11–13,29,30). Fruto de la disparidad de criterios, la falta de un diagnóstico causal y de antibiogramas, la mastitis se trata inadecuadamente y las mujeres lactantes se ven obligadas a continuar su lactancia con dolor o a destetar⁽¹¹⁾. Por ello es necesario tener en cuenta, además de la correcta toma de la muestra, el adecuado análisis e informe del cultivo de leche materna (en aquellos casos en los que esté indicado), para el correcto manejo del DML, así como la valoración de anquiloglosia en el lactante y una adecuada técnica al amamantar⁽²⁰⁾.

En cuanto a la asistencia sanitaria, si comparamos el presente estudio con el trabajo de LAYDI-Dolores, casi el doble de las mujeres navarras pidieron ayuda o consultaron por dolor, con respecto a las madrileñas (88,4% frente al 45%)⁽⁹⁾. En ambos estudios la profesional que más les atendió fue la matrona⁽⁹⁾.

Un hallazgo interesante es la atención por parte de varios profesionales especializados en LM, pertenecientes a diferentes ámbitos y disciplinas. Aunque existe escasa evidencia sobre la importancia del abordaje interdisciplinar de la LM parece ser que la atención de la LM basada en el trabajo en equipo entre la enfermera formada en LM y otro procurador de salud, brinda el apoyo continuado que madres y lactantes necesitan⁽³¹⁾.

Las recomendaciones que estos profesionales hicieron acerca de las medidas físicas para el tratamiento del dolor, la inflamación y la mastitis, como son el masaje de la mama, el vaciado frecuente del pecho y colocar al bebé en una determinada posición al mamar, son contrarias a las recomendaciones de la ABM en su “Protocolo Clínico número 36”⁽¹²⁾. Teniendo en cuenta el impacto negativo que el cese de la lactancia tiene en la salud de las mujeres y los lactantes, es necesario que los profesionales que los atienden tengan formación actualizada en LM para ofrecerles una asistencia de calidad que les permita resolver sus dificultades⁽⁹⁾.

El porcentaje de mujeres que se plantearon en algún momento abandonar la lactancia a causa del dolor es

inferior al observado en uno de los estudios prospectivos mencionados anteriormente⁽⁹⁾.

A pesar de que no pudo estudiarse la asociación entre el DML y el abandono de la lactancia debido a que todas las mujeres que abandonaron habían tenido dolor, otros estudios mencionan el dolor como causa de abandono^(9,19–22,32,33).

Al igual que en LAYDi-Dolores, no se observó ninguna asociación estadísticamente significativa entre las variables a estudio (posibles factores de riesgo) y el DML⁽⁹⁾.

No obstante, y aunque no es uno de los objetivos del estudio, se observó que existe asociación estadísticamente significativa entre tener una obstrucción ductal y desarrollar mastitis, tanto aguda como subaguda. Este hecho coincide con la visión de Lisa H. Amir en su artículo de 2014 sobre problemas en la comunidad en relación a la LM⁽³⁴⁾ y con la nueva visión de la ABM acerca del espectro de la mastitis, donde existe una evolución continua entre el estrechamiento ductal, la inflamación y la infección bacteriana⁽¹²⁾. Esta misma evolución se puede ver en el caso de la mujer con absceso mamario, que también refirió grietas, obstrucción y mastitis subaguda y aguda (aunque en este caso no se observaron asociaciones estadísticamente significativas).

Las limitaciones observadas en el estudio fueron:

- Población infrarrepresentada como minorías étnicas y aquellas mujeres sin acceso a tecnología (brecha de acceso digital). Por ello se procuró ser inclusivo en el mensaje y las infografías.
- Sesgo de memoria tras la experiencia dolorosa, por lo que se redujo el tiempo de recogida de los datos a un mes.
- Diagnóstico y sesgo de selección⁽³⁵⁾: no fue posible estudiar el DML a partir de datos objetivos de Historia Clínica. Por consiguiente, se especificó en el cuestionario que fuesen profesionales expertos en lactancia quienes hubieran emitido el diagnóstico, pauta y/o recomendaciones. Por otra parte, era probable la mayor participación de mujeres sensibilizadas con el DML, así pues, se incluyeron también a aquellas mujeres que no habían tenido dolor.
- Sesgo de información⁽³⁵⁾: el equipo investigador está constituido por una sola persona (y supervisada por su tutor de Máster), que ha llevado a cabo todas las fases del proyecto. No obstante, se ha mantenido objetiva y se declara libre de intereses en el proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos.

- Sesgo de confusión⁽³⁵⁾ y cuestionario no validado: se encontró dificultad para distinguir las causas del DML de las consecuencias⁽¹¹⁾, lo que obstaculizó la definición de las variables. Además, debido a que no existe una herramienta validada para la valoración del DML⁽⁷⁾, se creó una encuesta poblacional *ad hoc*. Tanto la definición de las variables como la encuesta *ad hoc*, se basaron en las variables recogidas en estudios previos sobre el DML y factores que influyen en la LM^(9,16,36), así como en información recogida en la elaboración del marco teórico.

Aplicabilidad para el futuro

Este trabajo permite visibilizar el DML, que es un importante problema de salud pública⁽⁹⁾. Ha permitido revisar el estado de la cuestión y determinar la situación actual de las mujeres navarras con respecto al DML, la LM y la asistencia y apoyo que reciben. Por otro lado, el disponer de datos, supone el punto de partida para el cambio y plantear e implementar políticas, planes y programas de salud que favorezcan, promuevan y protejan la LM, a las mujeres y a sus criaturas, teniendo en cuenta la perspectiva de género y trabajando en pro de la equidad y la igualdad⁽³⁷⁾. Además, es la base de futuras investigaciones:

- Se recomienda la ampliación del estudio piloto para poder extrapolar las conclusiones a la población.
- Es necesaria la validación de un cuestionario y/o herramienta para valorar el DML.
- Las circunstancias concomitantes al dolor y la salud mental materna son factores que pueden influir en el DML.
- Se recomienda ahondar en el estudio de la eficacia de las medidas físicas en el tratamiento del DML y el impacto de la combinación de varias recomendaciones en la salud física y emocional de las mujeres lactantes.
- También en la indicación, realización y correcta interpretación de cultivos de leche materna.
- Resulta fundamental investigar sobre la etiopatogenia del DML y el espectro de la mastitis.
- Es necesaria evidencia sobre el abordaje interdisciplinar de la LM.
- A la vista del interés de las mujeres que intentaron participar a pesar de no cumplir criterios, se sugiere la realización de un estudio cualitativo que permita conocer la vivencia de las mujeres con DML y que necesitan ser escuchadas.

CONCLUSIONES

Es sabido que la LM es el mejor alimento para recién nacidos y niños pequeños, teniendo múltiples beneficios para su salud y la de las mujeres que amamantan.

Aunque la prevalencia de LME a los tres meses postparto es alta entre las mujeres navarras, el DML también tiene alta prevalencia en esta población durante el tiempo estudiado, lo que, según la bibliografía consultada, afecta negativamente a la experiencia y evolución de la LM.

Las mujeres de la muestra a estudio consultaron en un alto porcentaje a causa del DML, siendo la mastitis subaguda el tipo más frecuente en las mujeres y la anquiloglosia el diagnóstico más frecuente en los lactantes.

Por otro lado, parece que, en Navarra, tampoco hay un criterio común con las recomendaciones internacionales en cuanto a la realización de cultivos de leche materna, tratamiento antibiótico y medidas físicas para el abordaje de la mastitis y el DML.

Así pues, y teniendo en cuenta que, tanto el manejo del dolor como la LM requieren de atención y apoyo específicos, se considera necesario que los profesionales se mantengan actualizados para brindar una adecuada asistencia sanitaria a las diadas madre-hijo/a que lo necesiten.

Del mismo modo y a la vista de los resultados del presente estudio, es necesario seguir investigando en la etiopatogenia del DML, su valoración y su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Unicef United Kingdom the Baby Friendly Initiative [Internet]. [citado 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/>
2. 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 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)
3. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines 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.
4. Hernández Aguilar MT, Cantero Llorca J. Unidad Departamental de Lactancia Materna. 2015.
5. Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Hidalgo-Vega Á, Blanco-Rodríguez 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.
6. Santacruz Salas E, Aranda-Reneo I. No dar el pecho nos cuesta caro. Online: The Conversation [Internet]. 15 de julio de 2020 [citado 27 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://theconversation.com/no-dar-el-pecho-nos-cuesta-caro-142517>
7. 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.
8. 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.
9. 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).
10. Martínez Rubio A, Galbe, Sánchez-Ventura J, Esparza, Olcina M, Grupo PrevInfand. Cuando amamantar duele. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. junio de 2017 [citado 19 de septiembre de 2023];19(26). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300015
11. Delgado S, García-Garrote F, Padilla B, Rodríguez Gómez JM, Romero B, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Diagnóstico microbiológico de la infección bacteriana asociada al parto y al puerperio. 54 [Internet]. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC); 2015 [citado 5 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.seimc.org/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia54.pdf>
12. 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.
13. Quintana R, Ibargoyen N, Fuentes R. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna [Internet]. 1.a ed. Guía Salud; 2017 [citado 4 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/lactancia-materna/>
14. Aguilar M, Chacón C, Chaparro E, Delgado Pecellín I, Díaz E, Flores E, et al. Guía prioam. 2018 [citado 5 de marzo de 2023]. Mastitis y absceso mamario lactacional. Disponible en: <https://www.guiaprioam.com/indice/mastitis-y-absceso-mamario-lactacional/>
15. Redondo Collado D, Fraile García P, Segura Del Arco R, Villena Coronado G, Rodríguez Puente Z, Boix García-Atance, et al. Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna [Internet]. Barcelona: Evidencia científica. FAME; 2016 [citado 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2016/06/lactancia-materna-2-6-16.pdf>
16. Sacristán Martín A, Lozano Alonso J, Gil Costa M, Vega Alonso A, Red Centinela Sanitaria Castilla y León. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatría Aten Primaria.* marzo de 2011;13(49):33-46.

17. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), UNICEF. 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA NATURAL FELIZ [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/IHAN_hospitales.pdf
18. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017 [Internet]. Gobierno de España; 2018 [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
19. Maraña-González JE, Fernández-Pombo A, Gualillo O, Leis-Trabazo R, Fernández-Bustillo. Lactancia materna: prevalencia y factores asociados. Análisis de una encuesta. Cad Aten Primaria. 2021;27(1):11-7.
20. 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.
21. 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.
22. Jiménez Gómez MI, Meneses Monroy A, Corriero Martín J, Santana Gutiérrez S, Rodríguez Martín R, Girón Daviña PR. Prevalence of Nipple Soreness at 48 Hours Postpartum. Breastfeed Med. 1 de abril de 2021;16(4):325-31.
23. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 15 de diciembre de 2014 [citado 21 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007366.pub2>
24. Osejo Rodríguez M del S, Maya Cancino A, Brenes Meseguer N. Actualización de la clasificación y manejo de mastitis. Rev Medica Sinerg. 1 de junio de 2020;5(6):e510.
25. González Jiménez D, Costa Romero M, Riaño Galán I, González Martínez M, Rodríguez Pando M, Lobete Prieto C. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias (España). An Pediatr. agosto de 2014;81(2):115-9.
26. Guinot J, Carranza B, Veloso D, Parri B, Virolés S. Prevalencia de anquiloglosia en neonatos y relación con datos auxológicos del recién nacido o con otras malformaciones o enfermedades asociadas. Rev Odontopediatría Latinoam. 2021;11(1):41-50.
27. Muñoz, Galván N, Barrera, Espinar B, Nogales, Lora F. Repercusiones de la anquiloglosia en la lactancia materna. A propósito de un caso. SANUM Revista Científico-Sanitaria. 2022;6(2):30-7.
28. Costa Romero M, Espinola Docio B, Paricio Talayero J, Díaz Gómez N. Anquiloglosia en el lactante amamantado. Puesta al día. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 20 de septiembre de 2023];119(6). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n6a14.pdf>
29. Hospital Universitario Virgen del Rocío. guía prioam. 2018 [citado 5 de febrero de 2023]. Guía PRIOAM. Disponible en: <https://www.guiaprioam.com/>
30. Clinical Knowledge Summaries-CSK. Mastitis and breast abscess. 2015.
31. 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.
32. Fernández Gonzáles P, Hierrezuelo Rojas N, Blanch Esteriz M. Factores de riesgo relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Multimed [Internet]. octubre de 2022 [citado 20 de septiembre de 2023];26(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000500005
33. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos GJ. Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo. Enferm Clínica. julio de 2019;29(4):207-15.
34. Amir LH. Managing common breastfeeding problems in the community. BMJ. 12 de mayo de 2014;348(may12 9):g2954-g2954.
35. Balaguer Martínez J, Ciriza Barea E, Carbarall Marriño M. Cómo elaborar un proyecto de investigación. 2019;12:152-7.
36. Calvo Quirós C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev Enferm Actual En Costa Rica [Internet]. octubre de 2008 [citado 31 de marzo de 2023];(15). Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>
37. 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.