

Prevalencia de dolor en los pezones a las 48 horas posparto

María Isabel Jiménez Gómez,¹ Alfonso Meneses Monroy,² Javier Corrillero Martínez,³
Sandra Santana Gutierrez,¹ Rocío Rodríguez Martínez,¹ and Pedro Ramón Girón Daviñ a⁴

Resumen

Antecedentes: aunque la mayoría de las mujeres comienzan a amamantar después del parto, a menudo surgen dificultades. Una de las principales razones es el dolor en los pezones, que contribuye en gran medida a la interrupción prematura de la lactancia. Una evaluación del dolor a través de escalas validadas, realizada por profesionales de la salud durante los primeros días, puede contribuir a mejorar la lactancia y el apoyo a las madres.

Objetivo de la Investigación: Conocer la prevalencia de dolor en los pezones durante la lactancia a las 48 horas posparto en el Hospital Universitario Infanta Cristina (Madrid, España) a través de un estudio descriptivo transversal.

Materiales y métodos: el estudio se llevó a cabo entre febrero y marzo de 2019. Se realizó una encuesta de 58 madres de segundo día posparto que incluyó la puntuación de la escala analógica visual (VAS) y la escala de evaluación de la lactancia (LATCH) para la evaluación de la lactancia. Se realizó un análisis descriptivo de variables secundarias y posterior inferencial bivariado para intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: La prevalencia de dolor en los pezones observada es del 97 % (IC 95 % = 92–100 %). Se encontró, significativamente ($p = 0,001$), que a mayor puntaje en LATCH, menor puntaje en EVA y por lo tanto menor dolor. Encontramos una relación entre las mujeres que estuvieron en contacto piel con piel con sus bebés durante 2 horas ininterrumpidas después del parto y una mayor puntuación de dolor ($p = 0,046$). No se encontraron otras asociaciones entre la EVA y otras variables como paridad, tipo de parto, suplementos de leche artificial para el recién nacido o uso de chupete.

Conclusiones: El alto porcentaje de dolor en los pezones detectado pone de relieve que la lactancia puede ser desagradable en los primeros días después del parto. Es importante incluir en la práctica clínica la evaluación del dolor en los pezones y la efectividad de la lactancia materna utilizando escalas validadas.

Palabras clave: inicio de la lactancia, herramienta de evaluación LATCH, dificultades de lactancia, trauma del pezón, medición del dolor, atención posparto

Fondo

Las recomendaciones específicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que la lactancia materna exclusiva proporciona el alimento óptimo hasta los 6 meses de edad y luego junto con la alimentación complementaria hasta por lo menos los 2 años de edad para lograr un crecimiento, desarrollo y nivel de salud adecuados.

A pesar del esfuerzo que realizan las maternidades para implementar medidas de apoyo al inicio de la lactancia materna, como los "Diez pasos para una lactancia exitosa" de la OMS y UNICEF^{2,3}, se observa una caída muy marcada en el número de adherencias a la lactancia materna en las siguientes semanas. En España no existe un sistema oficial de seguimiento y seguimiento del inicio y continuidad de la lactancia. Los datos existentes provienen de

Encuestas Nacionales de Salud. Recopilan datos de prevalencia de lactancia materna por meses, sin tener en cuenta los indicadores de la OMS sobre tipos de alimentación. Los porcentajes actuales de lactancia materna exclusiva (cuando el niño recibe desde el nacimiento únicamente leche materna y ningún otro alimento o bebida, excepto medicamentos o vitaminas) de la Encuesta Nacional de Salud son: 68,40% a las 6 semanas, 52,48% a los 3 meses y 24,71 % a los 6 meses desde el nacimiento.⁴ Estos datos reflejan que están lejos de la recomendaciones oficiales.

La mala colocación y/o sujeción durante las tomas se considera la principal causa de dolor en los pezones durante los primeros días después del nacimiento^{5–8}.

El dolor, junto con otros factores como sensación de producción insuficiente, preocupación por la saciedad del bebé y

¹Departamento de Obstetricia y Maternidad, Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España.

²Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

³Departamento de Obstetricia y Maternidad, Hospital de Tomelloso, Tomelloso, España.

⁴Departamento de Estadística y Data Science, Facultad de Estudios Estadísticos, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

La salud, la falta de apoyo y el desconocimiento sobre la lactancia materna influyen en el abandono temprano de la lactancia materna.^{9–16} En cuanto al dolor en los pezones, fisiológicamente, durante los primeros días después del parto un dolor leve puede ser normal, teniendo en cuenta que los pezones se irán adaptando paulatinamente a su función de amamantar.¹⁷ Para la mayoría de las madres, el dolor inicial alcanza su grado máximo el día 3 después del parto y a partir de ahí perciben una disminución hacia el día 7.^{6,18} Por un lado, algunas mujeres están No está preparado para este dolor inicial y no sabe cómo manejarlo. Otras mujeres, continúan amamantando a pesar de un nivel excesivo de dolor, teniendo un mayor riesgo de sufrir mastitis, trastornos del sueño o incluso depresión posparto.^{19–21} Como profesionales de la salud, el primer paso para ayudar a las madres a controlar el dolor es reconocer y anticipar el problema.²² El manejo activo del dolor en los pezones, incluida la detección y el tratamiento tempranos, ayudaría a las madres a recuperarse en un período de 2 semanas.⁷ El apoyo debe establecerse de manera rápida y efectiva durante los primeros días después del nacimiento, porque es crucial para prevenir abandono temprano de la lactancia materna.^{6,22} La incidencia de dolor en los pezones varía según la definición de dolor en diferentes estudios y también según el momento en que se recolecten los datos. Los resultados del estudio de cohorte de Buck et al. en Melbourne, Australia con 360 mujeres primíparas encontraron que antes del alta el 79% de las mujeres experimentaban dolor en los pezones. día 7.7

Para brindar un apoyo efectivo y temprano a las mujeres que sufren dolor en los pezones, primero, es necesario cuantificarlo a través de una evaluación estandarizada²⁴ y la Escala de calificación numérica (NRS) y la Escala analógica visual (VAS) son las herramientas necesarias y más apropiadas para evaluar dolor en mujeres lactantes.²⁵ En España no se han obtenido datos de dolor en los pezones en los primeros días posparto a través de una escala validada; por tal motivo se realizó este estudio de investigación con el objetivo de conocer la prevalencia de dolor en los pezones durante la lactancia a las 48 horas posparto en el Hospital Universitario Infanta Cristina y cuantificarla a través de la EVA para brindar un adecuado apoyo a estas madres.

Materiales y métodos

Diseño

Se diseñó un estudio descriptivo transversal. El objetivo fue conocer la prevalencia de dolor en los pezones durante la lactancia a las 48 horas posparto en el Hospital Universitario Infanta Cristina (Madrid, España) y, secundariamente, identificar las variables relacionadas con el mismo.

El estudio fue evaluado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de referencia del hospital del estudio (Acto nº 02.19) el 4 de febrero de 2019 y por la Comisión de Investigación de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. , siendo favorable en ambos casos.

Todas las medidas establecidas en el Reglamento (UE) no. 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta a la

tratamiento de datos personales y sobre la libre circulación de estos datos, y se obtuvo el consentimiento informado voluntario de cada madre para participar.

Entorno

El hospital donde reclutamos está financiado con fondos públicos. En España, a las personas se les asigna un hospital público cercano en función de factores geográficos y demográficos. Del total de la población adscrita a este hospital (175.000 personas), 77.000 son mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años).²⁶ El promedio anual de nacimientos en los últimos 5 años es de 1.500.

En este hospital se realiza sistemáticamente el contacto piel a piel precoz en todos los partos (independientemente del tipo de parto), así como el inicio precoz de la lactancia materna.

En España, para ser acreditado como Baby Friendly, un hospital debe superar cuatro etapas. El Hospital Universitario Infanta Cristina se encuentra actualmente en Fase 2, por lo que aún no está certificado. Se están haciendo esfuerzos para superar pronto la Etapa 3, mediante una política muy activa de apoyo a la lactancia materna y un programa de capacitación para todo el personal de salud.

Debido a esto, la tasa de iniciación de la lactancia materna fue alta. (92% de las mujeres que dan a luz inician la lactancia).

La recolección de datos se llevó a cabo entre el 15 de febrero y el 21 de marzo de 2019.

Muestra

Nuestra muestra incluyó a mujeres que habían dado a luz a un niño sano entre las semanas 37 y 42 de embarazo, que iniciaron la lactancia materna dentro de las primeras 2 horas del puerperio inmediato, y que al momento del alta tienen la leche materna como su principal alimento aunque habían recibido suplementos de fórmula infantil durante el ingreso. Se excluyeron las madres con gestaciones múltiples, cuyos hijos pesaron <2.500 kg y aquellas que fueron diagnosticadas con anquiloglosia en cualquier momento antes del alta. También se excluyeron los casos de enfermedad grave de la madre o del recién nacido que implicaran una situación de inestabilidad hemodinámica para alguno de los dos.

Se realizó un muestreo probabilístico consecutivo de tal manera que se reclutaron todas las mujeres que dieron a luz en el hospital de estudio y cumplieron con los criterios de selección hasta el tamaño de muestra estimado. El tamaño de la muestra se calculó en función de la proporción de dolor en los pezones en los primeros días del posparto, ya que en España no existen datos de este valor y la bibliografía consultada arroja datos muy dispersos^{6,7,9,12,23,27} . estimar la prevalencia de dolor, se tomó una muestra piloto de siete mujeres, resultando que el 85% de ellas experimentó dolor (en el rango de la bibliografía consultada). La población se estimó en base a los nacimientos del año 2018, que es un total de 1.436, de los cuales el 92% de las mujeres iniciaron la lactancia materna dentro de las 2 horas posteriores al parto manteniendo contacto piel con piel, lo que significa un total de 1.321 puérperas. Se estableció un nivel de seguridad del 95 %, una precisión del 10 %, una proporción esperada del 85 % y un porcentaje esperado de datos faltantes del 10 %, lo que resultó en una muestra de 53 puérperas. El tamaño de la muestra se calculó con el software GRANMO.²⁸ Durante el período de recolección hubo 127 partos, de los cuales 18 posibles casos no cumplieron con los criterios de selección (1 parto fue pretérmino antes de las 37 semanas de gestación, 4 partos gemelares, 3 neonatos con patología, 1 recién nacido fue diagnosticado con anquiloglosia, y 9 mujeres optaron por

alimentación con fórmula), 3 no quisieron participar en el estudio y 48 mujeres no pudieron ser entrevistadas por el equipo por diversas circunstancias (alta prematura o por circunstancias derivadas de la actividad asistencial). Se incluyeron en el estudio un total de 58 madres en su segundo día posparto, 5 más que el tamaño de muestra calculado.

Medición

La variable principal fue la presencia de molestias o dolor en los pezones como variable categórica dicotómica.

En cuanto a las variables secundarias, se recogieron en de la siguiente manera:

La intensidad de la molestia o dolor se midió a través de la EVA29. Con esta escala, los sujetos marcaron una línea de 10 cm numerada del 0 al 10, donde el extremo izquierdo es ausencia de dolor y el extremo derecho es dolor máximo soportable. El investigador midió los centímetros hasta la marca hecha por los sujetos de estudio. También se registró el momento de mayor nivel de dolor (inicio, mitad o final de la toma).

La efectividad se midió mediante la Escala de Evaluación de la Lactancia (LATCH),^{30,31} validada en español³² y ampliamente utilizado en la investigación. Esta escala valora 5 ítems con una puntuación de 0 a 2 cada uno. La puntuación máxima es de 10 puntos e indicaría una lactancia adecuada y, a medida que disminuye la puntuación total, empeora la habilidad para amamantar.

Además, de cada participante se registró la siguiente información: datos sociodemográficos, antecedentes personales y obstétricos, antecedentes personales considerados, según la bibliografía, posiblemente relacionados con dolor en los pezones como pigmentación de la piel, dolor crónico, ansiedad, cirugía mamaria y sensibilidad del pezón durante el embarazo, conocimientos y expectativas que tenían las mujeres durante el embarazo sobre la lactancia materna, datos sobre la lactancia materna de hijos anteriores, si los hubiere, e información sobre la lactancia materna del recién nacido actual. Para consensuar las preguntas sobre estas variables secundarias se constituyó un panel de expertos integrado por cinco profesionales con experiencia clínica y formación en el tema.

Recopilación de datos

La encuesta y las dos escalas se realizaron 48 horas después del parto a las madres ingresadas en la sala de maternidad.

Las mujeres fueron entrevistadas en su habitación. sus informados el consentimiento se obtuvo después de explicar los objetivos y la metodología del estudio.

Los participantes cuantificaron el nivel de molestia o dolor mediante la EVA y los investigadores evaluaron los elementos LATCH con el recién nacido en el pecho de su madre. El LATCH tiene alta confiabilidad.³²

Todos los participantes fueron identificados por un código (ID) que fue incluido como identificación del cuestionario en lugar de como nombre.

Análisis de los datos

Los datos de la encuesta se transcribieron a una base de datos en el programa SPSS Statistics 22.0. La identificación del estudio de cada participante se incluyó en esta base de datos.

El análisis descriptivo se realizó mediante proporciones y número de eventos para las variables categóricas y para la media cuantitativa y desviación estándar.

Se realizó un análisis bivariado de la escala EVA del dolor con las variables secundarias para detectar posibles relaciones

relaciones mediante regresión lineal y análisis de varianza unidireccional de una vía, fijándose un nivel de significancia del 5%.

El programa Stats utilizado para el análisis fue SPSS Statistics 22.0.

Limitaciones

Debido al diseño del estudio, la validez externa se ve comprometida por la imposibilidad de generalizar los resultados y también por la imposibilidad de controlar las variables de confusión. Para minimizar el sesgo de confusión, se recogieron todas las variables que se han descrito en investigaciones previas que pueden afectar el dolor del pezón durante los primeros días de lactancia.

Para evitar el sesgo del entrevistador, se verificó durante las reuniones del equipo que todos los oficiales de investigación hubieran entendido la encuesta y estuvieran suficientemente familiarizados con las preguntas de la encuesta. Los entrevistadores fueron personal de enfermería de la sala de maternidad, con amplia experiencia clínica y formación acreditada en lactancia materna.

Para minimizar el sesgo de atención o efecto Hawthorne, los investigadores evaluaron la técnica de lactancia mediante el LATCH, con el recién nacido en el pecho de la madre, sin decirle explícitamente a la mujer los parámetros que estaban siendo evaluados, para no alterar la forma en que el se realizó la alimentación.

Para reducir el sesgo de procedimiento, se instruyó a los investigadores para que no se olvidaran de recopilar todos los datos también de las mujeres que no presentan la variable principal del estudio.

Finalmente, este mismo estudio debería realizarse con más participantes y en diferentes hospitales para comprobar que los resultados obtenidos en nuestro estudio pueden ser válidos en cualquier centro.

Resultados

Cincuenta y ocho mujeres en su segundo día de puerperio fueron reclutadas en el estudio. La edad de las mujeres estuvo entre 19 y 45 años, obteniendo una media de 32,7 años (DE = 6,5 años). El 69% de las mujeres tenía estudios secundarios o universitarios y el 5,9% no tenía estudios; El 53,4% de las mujeres eran españolas y el resto de 16 países diferentes.

Los antecedentes personales se dan en la Tabla 1.

En cuanto a los antecedentes obstétricos, se pudo verificar que el 58,6% (n = 34) de las mujeres eran múltiples. La edad gestacional promedio fue de 39 semanas y 5 días (DE = 1 semana). Cerca del 77,6% (n = 459) de los partos fueron partos eutócicos y el resto cesáreas y partos vaginales instrumentales; En el 81% de los partos, las mujeres pidieron anestesia epidural; El 96,6% (n = 56) de las mujeres tuvo contacto piel con piel con su bebé durante al menos 2 horas. Durante ese tiempo, el contacto piel con piel se vio interrumpido en el 22% de los casos (n = 13).

En cuanto a los conocimientos previos y expectativas sobre la lactancia antes del parto, el 51,7% de las mujeres dijeron haber recibido información sobre la lactancia a través de otras fuentes (libros, revistas, internet, familiares o amigos).

Asistieron a clases prenatales durante el embarazo, que ofrece el sistema nacional de salud de forma estandarizada y universal, para preparar a las mujeres y sus parejas para la maternidad, el 44,85% (n = 26) de la muestra.

Nueve de cada 10 mujeres múltiples amamantaron a sus bebés anteriores y todas tuvieron dificultad para amamantar. lo mas

Tabla 1. Antecedentes personales (N = 58)

Experiencia personal	Media – DE
Edad	32,7 – 6,5 años
Edad gestacional	39 semanas y 5 días –7,4 días norte (%)
Educación formal	
Universidad	21 (69)
Secundario Básico	19 (32,7)
Ninguna	15 (25,9)
Paridad	
Primípara	24 (41,4)
múltipara	34 (58,6)
Tipo de entrega	
eutócico	45 (77,6)
Instrumental	3 (5,2)
cesárea	10 (17,2)
pigmentación de la piel	
Amarillo	1 (1,7)
Blanco	32 (55,2)
Oscuro	25 (43,1)
Dolor crónico	3 (5,2)
Ansiedad	3 (5,2)
Cirugía de busto	2 (3,4)
Sensibilidad en los pezones durante el embarazo	13 (22,4)

^uDiagnosticado con estas patologías antes del parto de este niño.

problema común fue el dolor en el 43,9% (n = 29), seguido de pezones agrietados en 36,4% (n = 24), mastitis 13,6% (n = 9) y otros 6,1% (n = 4).

Alrededor del 96,6% (n = 56) de los participantes afirmó que, durante embarazo, tenían la intención de amamantar a su futuro hijo. La mayoría de las mujeres pensaron que podría haber un problema durante amamantando pero sería fácil solucionarlo, o sería una lactancia adecuada.

Los datos recopilados sobre la lactancia materna durante el hospital estancia se dan en la Tabla 2.

Tabla 2. Datos sobre lactancia materna durante la Estancia Hospitalaria (N = 58)

Lactancia materna durante la estancia hospitalaria	norte (%)
Madres que recibieron apoyo del personal de enfermería poner al recién nacido al pecho	40 (69)
Los recién nacidos recibieron fórmula como suplemento	20 (34,5)
Formas de recibir la suplementación con fórmula	
Jeringa de alimentación	3 (15)
La alimentación con biberón	7 (35)
Alimentación con los dedos	10 (50)
Recién nacido con chupete	12 (20,7)
En este punto consideraría amamantar una experiencia agradable	
Totalmente de acuerdo o de acuerdo	38 (65,5)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo	20 (34,5)
Ayuda en su entorno (familia, amigos) para amamantamiento	56 (94,8)

La prevalencia de dolor en los pezones observada en la muestra es del 97% (IC 95% = 92-100%), siendo al inicio de la alimentación el momento en el que indican tener dolor más intenso o dolor en un 85,7 % (IC 95 % = 76,5–94,9 %).

Para evaluar la intensidad del dolor se utilizó la EVA. Incluye valores entre 0 y 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 siendo el máximo dolor. El cincuenta por ciento de los participantes puntuaron el dolor entre 4 y 6,5 en EVA (media = 5,1, DE = 2,1).

Para objetivar la eficacia de la lactancia materna, LATCH fue utilizado, que presenta 5 ítems con una puntuación de 0-2. Él puntuación máxima en la escala es de 10 puntos, lo que indica una corrección establecida en la lactancia. La puntuación más baja indica peor valoración de la técnica de lactancia y posible dificultades. La puntuación media en esta escala fue de 8,2 puntos. (DE = 1,7 puntos).

Se encontró que existe una relación significativa entre las puntuaciones LATCH y VAS. Cuanto mayor sea el LATCH puntuación cuanto menor sea la puntuación VAS ($p = 0,001$), como se indica en Figura 1.

A través de un análisis bivariado (prueba t de Student), la posible relaciones de cada uno de los secundarios clínicamente relevantes Se estudiaron las variables y la escala EVA del dolor. No significativo se detectó relación entre la variable paridad ($p = 0,725$) y la variable tipo de parto con puntaje de dolor ($p = 0,292$). Los resultados se dan en la Tabla 3.

Discusión

La prevalencia de dolor en los pezones observada es muy alta en en línea con la mayoría de los estudios.19,23,27 En cambio, otros autores han encontraron porcentajes más bajos.6,7,12 Esta diferencia podría ser influenciado por las características de los centros de salud donde han tenido lugar, las diferentes definiciones de dolor que se han sido utilizado y, por último, el momento del posparto cuando el se hace la medición.

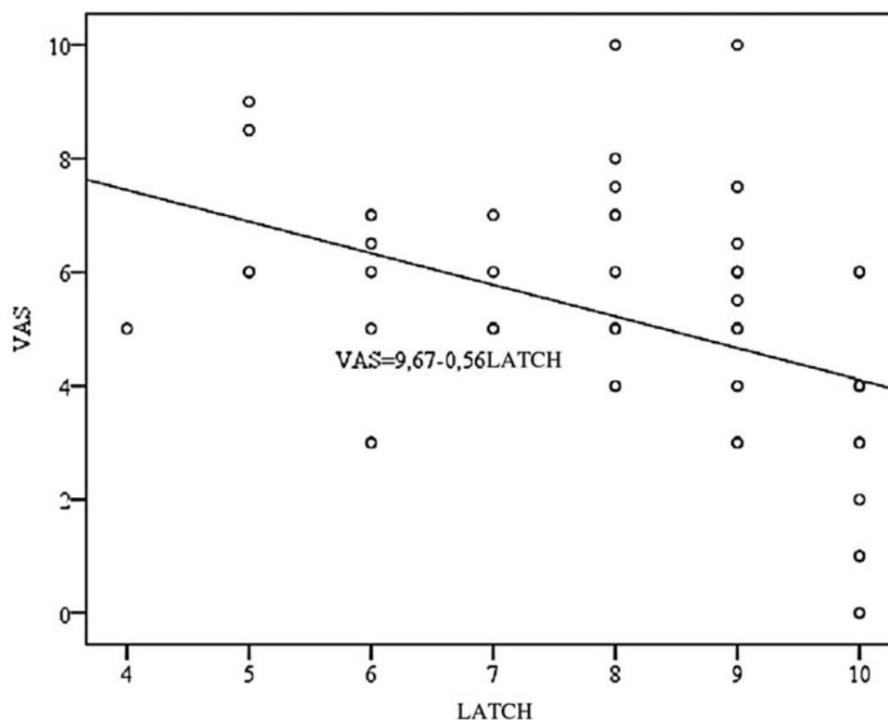
Las puntuaciones de dolor obtenidas mediante la EVA muestran una mediana de 5 puntos, similares a los obtenidos por Coca et al.25 en 2019, en cuya revisión sistemática concluyen que el NRS y el La EVA puede ser una escala de dolor útil para usar con la lactancia madres

Con respecto a la evaluación de la lactancia materna en el LATCH, se encontró en nuestra muestra que hay una inversa relación entre la puntuación obtenida con esta escala y la puntuación en EVA ($p = 0,001$). Este resultado está de acuerdo con la literatura publicada hasta la fecha que indica que la La causa más común de dolor en los pezones durante la lactancia es la posición y el agarre inadecuados del recién nacido. sobre el pecho.5–8,33

Aunque esta asociación entre mala lactancia materna técnica y dolor en los pezones se ha descrito, hay otros determinantes importantes del dolor que no han sido considerados en este estudio, como anomalía del paladar, insuficiencia cantidad de leche, sospecha de infección, vacío inusualmente fuerte o antecedentes personales de fenómeno de Raynaud.6

La evaluación del estado emocional propuesta por Amir et al. 2015 Modelo de Razonamiento del Dolor en la Lactancia Materna34 no se ha utilizado en este estudio. Para la evaluación del dolor en los pezones, este investigador incorpora la evaluación de los factores emocionales que puede aumentar la sensibilidad de la madre al dolor en los pezones, como fatiga, falta de apoyo social, angustia social asociada con soledad, sentimiento de rechazo, sentimiento de fracaso, riesgo de daño creencias, ansiedad, cambios de humor y privación del sueño.

HIGO. 1. Relación lineal entre las puntuaciones de la escala VAS y la escala LATCH. EVA: escala analógica visual; LATCH, escala de valoración de la lactancia.



No hemos encontrado ninguna asociación entre la asistencia a clases de educación materna y las puntuaciones de dolor. Esto podría deberse al pequeño tamaño de la muestra. Otros investigadores han encontrado que los problemas anteriores con la lactancia se encontraron con mayor frecuencia en aquellas mujeres que no habían recibido consejería de alimentación durante el período de gestación.^{8,12,35}

Tabla 3. Relación entre Variables Secundarias y Puntuación de la Escala Analógica Visual (N = 58)

VARIABLES SECUNDARIAS	Diferencia significativa (95% IC)	p ^{pag}
Paridad (primípara, múltipara)	0,21 (-0,96 a 1,37)	0,725
Tipo parto (referencia parto eutócico)		0,292
entrega instrumental cesárea	1,10 (-1,48 a 3,67)	0,396
pigmentación de la piel	-2,44 a 0,81	0,58
Sensibilidad en los pezones durante el embarazo	-0,51 (-1,67 a 0,64)	0,379
Asistencia a clases prenatales	0,28 (-1,10 a 1,66)	0,686
Anestesia epidural	0,74 (-0,40 a 1,88)	0,198
Contacto piel con piel interrumpido (separación de madre y recién nacido)	0,27 (-1,19 a 1,73)	0,712
Suplemento de fórmula para recién nacidos	-2,69 a -0,26	0,046
Chupete	0,18 (-1,02 a 1,33)	0,761
lactancia placentera	-0,11 (-1,03 a 1,30)	0,877
	-1,1 (-2,27 a 0,73)	0,066

^{pag} La pigmentación de la piel (amarilla, blanca y oscura) se recodificó en una variable dicotómica (blanca y amarilla u oscura).
IC, intervalo de confianza.

En la revisión sistemática sobre el contacto piel con piel precoz de Moore et al.³⁶, los investigadores concluyen que el contacto piel con piel tiene numerosos beneficios para la madre y el bebé en términos de reducción de la mortalidad neonatal, interacción entre ellos, termorregulación de el recién nacido, menos llanto, más probabilidades de ser amamantado y amamantar por más tiempo. Sin embargo, su relación con el dolor en los pezones es controvertida. En nuestro estudio encontramos una relación entre las mujeres que hicieron contacto piel con piel con sus bebés durante 2 horas ininterrumpidas después del parto y una mayor puntuación de dolor ($p = 0,046$). Otros investigadores han encontrado resultados similares^{8,37}. Estos autores sugieren como explicación que las lesiones en los pezones no se asociaron con la lactancia materna en la primera hora de vida, sino con una mala posición y agarre del bebé en este periodo.

Incluso si este estudio no registró la duración de la primera toma, los investigadores sugieren que, debido a que los recién nacidos estaban en contacto piel con piel permanente con sus madres, podrían haber hecho tomas más largas, dejando los pezones más sensibles después. Aquellas madres que fueron separadas de sus bebés podrían tener menos tomas o más cortas, lo que presionaría el pezón por menos tiempo y por lo tanto resultaría en menos dolor. Son necesarios más estudios al respecto para poder sacar conclusiones.

La falta de asociación en nuestro estudio entre el uso del chupete y los niveles de dolor es un punto interesante porque, tradicionalmente, se ha desaconsejado el uso temprano de chupetes en bebés lactantes. La evidencia actual no respalda esta recomendación y, por lo tanto, la OMS/ UNICEF ha cambiado el paso 9 de sus 10 pasos para una lactancia exitosa y ya no prohíbe explícitamente el uso del chupete.² La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda usar un chupete durante las siestas o el sueño de un recién nacido saludable períodos para disminuir la incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante.³⁸ Además, parece persistir una percepción general entre las madres de los beneficios de los chupetes.³⁹

En general, debería haber

Ser más estudios sobre el uso temprano de chupetes y sus consecuencias a corto y largo plazo en la lactancia materna.

Finalmente, se ha observado en nuestra muestra que las mujeres parecen tener expectativas bastante positivas respecto a la lactancia materna. La idea preconcebida de una lactancia suave se encuentra con una realidad diferente cuando las mujeres después del parto se encuentran con una lactancia dolorosa. Esto puede contribuir a un mayor riesgo de depresión posparto.⁴⁰ Este autor propone un apoyo específico para las madres que experimentan dolor, no solo desde la perspectiva de continuar y prolongar la lactancia materna, sino también para apoyar el bienestar materno. Debido a que la prevalencia del dolor es tan alta, las mujeres deben recibir orientación al respecto antes y después del parto, con un mejor apoyo continuo.

Conclusiones

El alto porcentaje de dolor en los pezones detectado pone de relieve que la lactancia puede ser desagradable en los primeros días después del parto. Es importante incluir en la práctica clínica la evaluación del dolor en los pezones y la efectividad de la lactancia materna utilizando escalas validadas para brindar un apoyo adecuado en torno al alta hospitalaria. Esto evitaría posibles dificultades, además del cese precoz de la lactancia.

Expresiones de gratitud

Los autores agradecen al departamento de maternidad por su apoyo y colaboración en la recolección de datos. Todos los autores agradecen a las madres y sus hijos por su participación voluntaria. Los autores agradecen a Jose Enrique de la Iglesia Bautista e Inés Cabanñas Ingenios por el apoyo en la traducción de este artículo.

Declaración de divulgación

Los autores no declararon posibles conflictos de interés con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Información de financiación

No se recibió financiación.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/en/ (consultado el 15 de octubre de 2018).
- Organización Mundial de la Salud. Guía de implementación: Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos que brindan servicios de maternidad y recién nacidos: la iniciativa revisada de hospitales amigos de los niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2018. Disponible en https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_deployment/en/ (consultado el 15 de octubre de 2018).
- Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al. Protocolo clínico ABM #7: Modelo de política de maternidad que apoya la lactancia materna. *Amamantar Med* 2018;13:559–574.
- Instituto Nacional de Estadística. Oficina Española de Estadística. Tipo de lactancia según sexo y comunidad autónoma. Población de 6 meses a 4 años. Disponible en <https://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2006/p07/10/&file=03111.px&type=pcaxis&L=0> (consultado el 10 de noviembre de 2018).
- Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, et al. La relación entre el posicionamiento, la dinámica de amamantamiento, el proceso de enganche y el dolor en madres lactantes con dolor en los pezones. *Amamantar Rev* 2003;11:5–10.
- Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, et al. Dolor de pezones en madres lactantes: incidencia, causas y tratamientos. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12:12247–12263.
- Puapompong P, Paritakul P, Suksamarnwong M, et al. Incidencia del dolor en los pezones, los factores predisponentes, el período de recuperación después del manejo de la atención y el resultado de la lactancia materna exclusiva. *Amamantar Med* 2017;12:169–173.
- Sousa TM, Santos LCD, Peixoto EF, et al. Factores asociados a las lesiones del pezón en puérperas. *J Trop Pediatr* 2016; 62:63-68.
- Amir LH. Manejo de problemas comunes de lactancia materna en la comunidad. *BMJ* 2014;348:2954.
- Demirci JR, Bogen DL. Una evaluación ecológica momentánea del comportamiento y los problemas de lactancia materna de las mujeres primíparas desde el nacimiento hasta las 8 semanas. *JHum Lact* 2017;33:285–295.
- Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna [Motivations and perceived barriers to initiate or sustain breastfeeding among Spanish women]. *Rev Esp Salud Pública* 2016;90:1–18.
- Feenstra MM, Jørgine Kirkeby M, Thygesen M, et al. Problemas tempranos de lactancia materna: un estudio de método mixto de las experiencias de las madres. *Sex Reprod Health* 2018;16:167–174.
- Newby RM, Davies PSW. ¿Por qué las mujeres dejan de amamantar? Resultados de un estudio prospectivo contemporáneo en una cohorte de mujeres australianas. *Eur J Clin Nutr* 2016;70: 1428–1432.
- Odom EC, Li R, Scanlon KS, et al. Razones para el cese de la lactancia antes de lo deseado. *Pediatría* 2013;131: 726–732.
- Quispe-Ilanzo MP, Oyola-García AE, Navarro-Cancino M, et al. Características maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva [Maternal characteristic associates with abandonment of exclusive breastfeeding]. *Rev Cubana Med Gen Integra* 2017;33. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252017000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es (consultado el 4 de diciembre de 2018).
- Urbanetto PDG, Costa AR, Gomes GC, et al. Facilidades y dificultades encontradas por las madres para amamantar. *Rev Pesqui Cuid e Fundam* 2018;10:399–405.
- Lawrence RA, Lawrence RM. Manejo práctico de la pareja lactante madre-hijo. En: *Lactancia materna: una guía para la profesión médica*, 8ª ed. Filadelfia: Elsevier, 2016. págs. 230–284.
- Wagner EA, Chantray CJ, Dewey KG, et al. Inquietudes sobre la lactancia a los 3 y 7 días posparto y estado de alimentación a los 2 meses. *Pediatría* 2013;132:865–875.
- Cullinane M, Amir LH, Donath SM, et al. Determinantes de mastitis en mujeres en el estudio CASTLE: Un estudio de cohorte. *BMC Fam Pract* 2015;16:181.
- McClellan HL, Hepworth AR, Kent JC, et al. Frecuencia de lactancia, volumen de leche y duración en diadas de madre e hijo con dolor persistente en el pezón. *Amamantar Med* 2012;7: 275–281.

21. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, et al. Experiencias tempranas de lactancia materna y depresión posparto. *Obstet Gynecol* 2011;118(2Pt 1):214–221.
22. Lucas R, McGrath JM. Evaluación clínica y manejo del dolor de la lactancia. *Arriba Clin Nutr* 2016;32:1–12.
23. Buck M, Amir LH, Cullinane M, et al. Dolor en los pezones, daño y vasoespasmo en las primeras 8 semanas posparto. *Amamantar Med* 2014;9:56–62.
24. Berens P, Eglash A, Malloy M, et al. Protocolo clínico ABM #26: Dolor persistente con la lactancia. *Amamantar Med* 2016;11:46–53.
25. Coca KP, Amir LH, Alves MDR, et al. Herramientas de medición e intensidad del dolor en los pezones entre mujeres con o sin pezones dañados: una revisión sistemática cuantitativa. *J Adv. Enfermería* 2018;75:1162–1172.
26. Instituto Nacional de Estadística. Oficina Española de Estadística. Estadísticas de Registro Continuo. Datos por municipios de la Comunidad de Madrid. Disponible en <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p05/a2017/10/&file=00028001.px&L=0> (consultado el 15 de noviembre de 2018).
27. Niazi A, Rahimi VB, Soheili-Far S, et al. Una revisión sistemática sobre la prevención y el tratamiento del dolor y la fisura del pezón: ¿Son curables? *J Farmacopuntura* 2018;21: 139–150.
28. Instituto Municipal de Investigaciones Médicas, Barcelona (España). Programa de Investigación en Trastornos Inflamatorios y Cardiovasculares. Calculadora de tamaño de muestra GRANMO. Disponible en <https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/> (consultado el 5 de diciembre de 2018).
29. Scott J., Huskisson EC. Representación gráfica del dolor. *Dolor* 1976; 2: 175–184.
30. Altuntas N, Turkyilmaz C, Yildiz H, et al. Validez y confiabilidad de la herramienta de evaluación de la lactancia materna infantil, la herramienta de evaluación de la madre y el bebé y el sistema de puntuación LATCH. *Amamantar Med* 2014;9:191–195.
31. Tornese G, Ronfani L, Pavan, C, et al. ¿El puntaje LATCH evaluado en las primeras 24 horas después del parto predice lactancia materna no exclusiva al alta hospitalaria? *Amamantar Med* 2012;7:423–430.
32. Baez C, Blasco R, Martín E, et al. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. *Análisis de confianza. [Validación de la herramienta de evaluación LATCH al español: Análisis de confiabilidad]. Índice Enferm* 2008;17: 205–209. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300012 (Consultado el 15 de octubre de 2018).
33. Moraes M, Da Silva L, Faliu' B, et al. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria. [Breastfeeding technique and appearance of trauma to the nipple before discharge from hospital]. *Arch Pediatr Uruguay* 2011;82:10–17.
34. Amir LH, Jones LE, Buck ML. Dolor en los pezones asociado con la lactancia: incorporación de la neurofisiología actual al razonamiento clínico. *Médico de la familia Aust* 2015;44:127–132.
35. Barbosa DM, Caliman MZ, Alvarenga SC, et al. Evaluación de los factores asociados con el trauma del pezón. *Rev Pesqui Care Fundam Online* 2018;10:1063–1069.
36. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Contacto temprano de piel a piel para las madres y sus recién nacidos sanos. *Base de datos Cochrane de Syst Rev* 2016; CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
37. Coca KP, Gamba MA, Souza R, et al. Factores asociados al trauma del pezón en la unidad de maternidad. *J Pediatr (Rio J)* 2009;85:341–345.
38. Luna RY; Grupo de Trabajo sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. SMSL y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño. Base de evidencia para las recomendaciones de 2016 para un ambiente seguro para dormir para bebés. *Pediatría* 2016;138:e20162940.
39. Rocha CR, Verga KE, Sipsma HL, et al. Uso de chupete y lactancia: un estudio cualitativo de madres posparto. *Amamantar Med* 2020;15:24–28.
40. Brown A, Rance J, Bennett P. Comprender la relación entre la lactancia materna y la depresión posparto: el papel del dolor y las dificultades físicas. *J Adv Nurs* 2016;72: 273–282.

Dirigir la correspondencia a:
 Alfonso Meneses Monroy, PhD
 Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
 Universidad Complutense de Madrid
 Plaza de Ramón y Cajal, 3 3a Planta Edificio Facultad
 de Medicina
 Madrid 28040

España

Correo electrónico: ameneses@ucm.es