



Efectos del dolor del nacimiento en la lactancia

British Journal of Midwifery, January 2020, Vol 28, No 1



Por Profesionales de la Salud



Resumen

- **Antecedentes:** Las razones para interrumpir prematuramente la lactancia materna son complejas. Diversos factores sociales, psicológicos y físicos pueden contribuir a que la madre se desvíe de su plan previsto de lactancia.
- **Objetivos:** Investigar la forma en que las experiencias reales tanto del nacimiento como de la lactancia materna difieren de las esperadas por la madre y cualquier efecto posterior que se perciba en la experiencia de la lactancia materna.
- **Método:** Los datos se recopilieron mediante una encuesta online a mujeres del Reino Unido (n=1 000) que se publicó en el *British Journal of Midwifery* en enero de 2020.
- **Hallazgos:** Las encuestadas se enfrentaron a una variedad de desafíos cuando amamantaron, incluyendo dolor y molestias en los pezones, preocupaciones sobre la insuficiencia de leche y dolor relacionado con el parto que impactó en su capacidad de dar el pecho cómodamente. En general, el dolor relacionado con el parto dificultaba la lactancia materna en lugar de prevenirla, sin embargo el 5% de las madres encuestadas lo citaron como un factor que contribuía al cese prematuro de la lactancia materna.
- **Practicar el piel con piel:** El dolor relacionado con el nacimiento puede ser un factor poco relevante en el cese temprano de la lactancia. Teniendo en cuenta los desafíos que se experimentan al establecer y mantener la lactancia materna, es esencial considerar el dolor y las molestias acumuladas que se experimentan.

Se reconoce que la leche humana es la fuente óptima de nutrición para los lactantes y que, al mismo tiempo, es beneficiosa para la salud materna (Victora et al., 2016). Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del lactante, seguida de la lactancia materna y los alimentos complementarios adecuados hasta los dos años de edad o más. A pesar de ello, las tasas de lactancia materna en el Reino Unido siguen siendo unas de las más bajas del mundo. La última encuesta sobre alimentación de lactantes en todo el Reino Unido informa de que, si bien el 81% de las madres iniciaron la lactancia materna, las tasas de lactancia materna exclusiva disminuyeron a menos del 25% a las seis semanas (IFF Research, 2013).



El objetivo de este estudio es investigar cómo las experiencias reales del nacimiento y la lactancia materna difieren de las esperadas por la madre antes del parto, y el impacto que cualquier dolor relacionado con el nacimiento tiene en su experiencia en la lactancia materna.

Las razones para la interrupción prematura de la lactancia materna son complejas y variadas en un momento muy emotivo en la vida de una nueva madre. Estas razones pueden ser sociales, psicológicas o físicas (Investigación IFF, 2013; Odom et al, 2013). Gran parte de las investigaciones sobre los problemas físicos que experimentan las madres que amamantan se centran en cuestiones relacionadas con la lactancia propiamente dicha, como las dificultades para el agarre al pecho, el dolor en los pezones y las insuficiencias de leche percibidas (Binns y Scott, 2002; Mohammadzadeh y otros, 2005; Kent y otros, 2015). Sin embargo, para comprender las dificultades de la lactancia materna, otros factores pueden afectar también a la capacidad de la madre para establecer una relación de lactancia sostenible con su hijo.

Algunos de estos factores están bien estudiados, como el efecto de la analgesia y la anestesia durante el parto (Rajan,1994; Brown y Jordan, 2014), la separación temprana de la madre y el niño (Nygqvist y Ewald, 1997; Rapely, 2002) y el impacto del contacto piel con piel (Bramson et al, 2010; Lau et al, 2017; Mekonnen et al, 2019). Sin embargo, el efecto del dolor postnatal por traumatismos relacionados con el nacimiento, ya sea por parto vaginal o cesárea, puede ser otro factor menos discutido que afecta a los resultados de la lactancia.

Métodos

Diseño del estudio

Los datos se recopilaron durante el período de un mes mediante una encuesta online a mujeres del Reino Unido, las cuales habían dado a luz un hijo en los últimos 24 meses, habían iniciado la lactancia materna y ya la habían completado (n=1.000). Las preguntas de la encuesta, la estructura de la misma y el posterior análisis e interpretación de los datos fueron derivados y realizados por los autores. La encuesta online fue organizada por una agencia de investigación especializada y se publicó en el *British Journal of Midwifery* en enero de 2020.

En el proyecto se utilizaron metodologías cuantitativas de investigación de mercado online para garantizar que se pudiera obtener una muestra suficientemente representativa. Las encuestadas se obtuvieron de un grupo de familias jóvenes del Reino Unido a través de procesos estándar, que incluyen la adhesión a las directrices de la Sociedad de Investigación de Mercados y a las normas de la GDPR. El grupo de encuestadas está formado por mujeres embarazadas y madres reclutadas predominantemente fuera del online en el Reino Unido, las cuales habían dado su consentimiento específico para unirse al grupo y recibir invitaciones para la encuesta. Se obtuvieron datos demográficos estándar de las encuestadas, como el número de hijos, la edad, el grupo socioeconómico y la ubicación geográfica, y se los sometió a prueba para asegurar que la muestra fuera representativa de la población del Reino Unido (dentro del grupo formado por mujeres con hijos pequeños). De las encuestadas, 1.000 (87%) dijeron que habían amamantado a su hijo menor y que habían terminado de amamantarlo recientemente. Era fundamental asegurar que la población estuviera compuesta únicamente por quienes dijeron que habían terminado de amamantar, para garantizar que el análisis se realizara a lo largo de toda la lactancia.



El estudio en sí constaba de dos partes:

- En la primera se examinaban los planes e intenciones en torno a la lactancia materna y el nacimiento, y lo que influía en esos planes
- La segunda encuesta se completó unos días más tarde y exploró las experiencias reales en torno a la lactancia materna y el nacimiento, cualquier dolor que se experimentara después del nacimiento y el impacto que esto tenía, si lo había, en la lactancia materna.

Las 1.000 participantes completaron ambas partes del estudio y fueron incluidas en el análisis.

Tabla 1. Respuestas a la encuesta sobre las intenciones de amamantar**P: ¿Cuál era tu intención con respecto a la lactancia durante el embarazo?**

Base: muestra total (n=1.000)

Yo quería amamantar exclusivamente (amamantar o extraer solamente)	66%
Yo quería amamantar principalmente (amamantar o extraer solamente) pero usar alguna fórmula	20%
Quería usar principalmente la fórmula, pero amamantar (amamantar o extraer) un tiempo reducido	3%
No quería amamantar para nada	1%
Realmente no tenía plan de ningún tipo sobre la lactancia	10%

P: ¿Cuál era tu intención respecto el tiempo que planeabas amamantar?

Base: quería amamantar de alguna manera (n=893)

Al menos 3 meses	9%
Al menos 6 meses	34%
Al menos 9 meses	6%
Al menos 12 meses	23%
Realmente no tenía plan de ningún tipo sobre la lactancia	25%
Otros (por favor especifica)	3%

P: Cuando hacías planes antes del nacimiento de tu bebé, ¿cuál de las siguientes cosas dirías que sabías o aprendiste?

Base: muestra total (n=1 000)*Posible seleccionar múltiples opciones

No sabía nada de lo anterior en ese momento	1%
Las directrices dicen que las madres deben continuar amamantando de alguna manera hasta los 2 años.	21%
Las directrices dicen que las madres deben amamantar exclusivamente durante al menos 6 meses	54%
La lactancia materna tiene beneficios para la salud de la madre	74%
Asegurarse de que el bebé recibe calostro durante los primeros días es beneficioso	81%
La lactancia materna tiene beneficios para la salud del bebé	85%
La lactancia materna desde el nacimiento es lo mejor para el bebé	86%

Resultados

Intención de amamantar y factores de influencia

De las 1.000 madres que completaron el estudio, el 60% de ellas eran madres primerizas. De las 1.000 madres encuestadas, el 89% informó de que tenían la intención de amamantar a su hijo antes del nacimiento de alguna manera, y el 66% de ellas tenían la intención de amamantarlo exclusivamente. De las que tenían la intención de amamantar de alguna manera, la opción más escogida fue la lactancia materna durante seis meses o más. (Tabla 1).

Se preguntó a las encuestadas qué factores influyeron a la hora de elaborar su plan de lactancia. Entre los principales factores destacaron los beneficios para el lactante (conocidos por >80% de las encuestadas), los beneficios para la salud de la madre (conocidos por el 74% de los encuestadas) y las pautas en torno a la lactancia materna durante seis meses (conocidos por el 54% de las encuestadas) (Tabla 1).

Experiencias reales de la lactancia materna

A pesar de que el 89% de las madres tenían la intención de amamantar, solo el 45% seguía amamantando a los seis meses. Esta cifra se redujo a menos del 25% a los 12 meses (Figura 1). De las encuestadas, el 27% consideraba que había alimentado exclusivamente con leche materna, y la mayoría de las madres (58%) utilizaba en algún momento fórmula junto con la leche materna (Tabla 2).

Exactamente el 50% de las madres encuestadas consideraban que habían seguido su plan de lactancia. Para las que no pudieron seguir su plan, el mayor cambio fue no amamantar durante tanto tiempo como se habían planeado (60%).

El uso de más leche de fórmula, ya sea en los primeros días (25%) o más tarde en su viaje de lactancia (15%) también tuvo una puntuación alta (Tabla 2). Predominantemente, las razones que contribuyeron a este cambio de plan se centraron en cuestiones relativas al establecimiento de la lactancia materna, las preocupaciones sobre la obtención de suficiente leche por parte del bebé y las cuestiones de salud tanto de la madre como del bebé (Tabla 2).

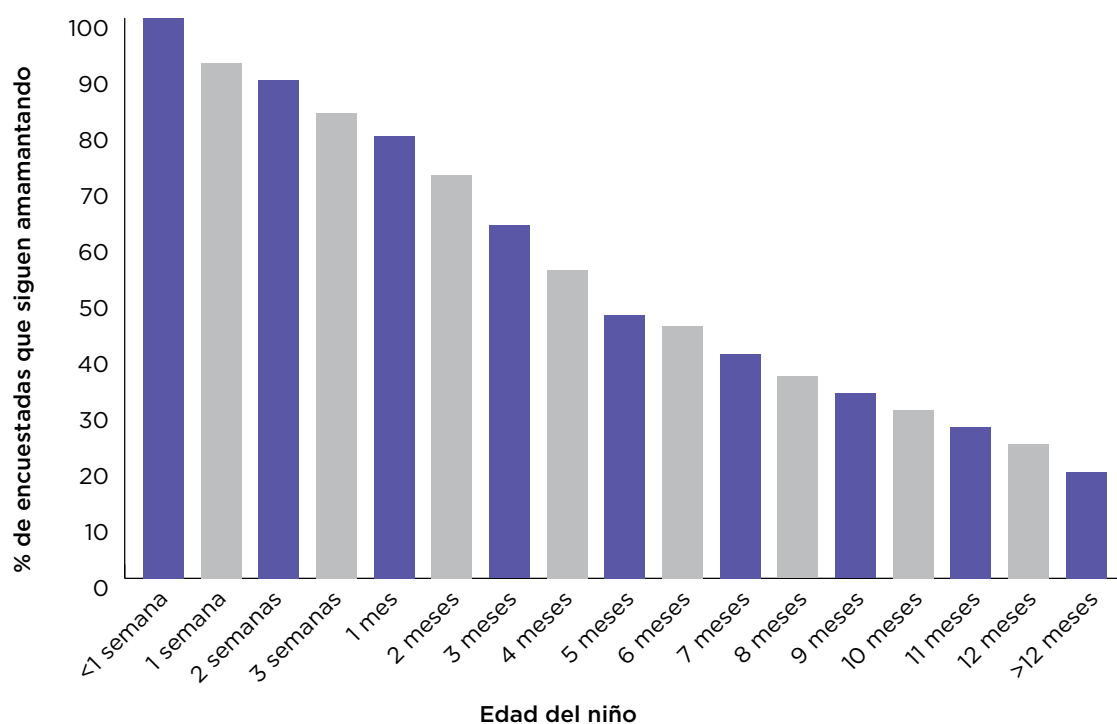


Figura 1. Número de encuestadas que siguen amamantando a su hijo a lo largo del tiempo

Tabla 2. Respuestas a la encuesta sobre experiencias reales de lactancia materna

P: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aplican mejor a la lactancia del bebé?

Base: muestra total (n=1.000)

Me extraje exclusivamente leche materna (no usé ninguna fórmula) hasta que dejé de amamantar	2%
Desde el principio usé principalmente fórmula, pero ocasionalmente amamanté o extraje	16%
Utilicé la alimentación combinada (lactancia materna/extracción de la leche materna y fórmula) desde el principio	21%
Amamanté exclusivamente (no usé ninguna fórmula) hasta que dejé de amamantar	27%
Comencé a amamantar exclusivamente o a extraer mi leche (no usé ninguna fórmula), pero más tarde cambié a la alimentación combinada (lactancia materna/alimentación con leche materna y fórmula).	31%
Otros	5%

P: ¿Pudiste seguir totalmente tu plan de lactancia una vez que tu bebé nació?

Base: muestra total (n=1.000)

Sí	50%
No	50%

P: ¿Qué cambió?

Base: no pudieron seguir su plan (n=497) *Posible seleccionar múltiples opciones

Usé menos leche de fórmula de lo que originalmente pretendía	0%
Amamanté por más tiempo del que originalmente planeé	4%
No amamanté/no pude amamantar en absoluto	13%
Utilicé más leche de fórmula que la prevista originalmente, más tarde, una vez que se estableció la lactancia.	15%
Usé más leche de fórmula de lo que se pretendía originalmente, en los primeros días	25%
Le di el pecho pero no por tanto tiempo como lo planeé originalmente	60%
Otro	12%

P: ¿Por qué cambió tu plan original?

Base: no pudieron seguir su plan (n=497) *Posible seleccionar múltiples opciones

Dejé de amamantar una vez que empecé a destetar a mi bebé	1%
Vuelta al trabajo	3%
Elección personal	10%
Experimenté dolor durante la lactancia que me hizo dejarla	18%
Tuve problemas para amamantar; no al principio, pero sí después de un tiempo	24%
Mis propios problemas de salud	26%
Los problemas de salud de mi bebé	29%
Mi bebé era demasiado demandante	30%
Mi bebé no estaba satisfecho	32%
Tuve problemas para amamantar inicialmente	47%
Otro	8%

Resultados

Experiencias e intervenciones en el parto

Cuando se les preguntó sobre su experiencia en el parto, solo un tercio de las madres (33%) dijo que su parto fue bien y que lo planearon, mientras que otro 29% dijo que el parto fue muy bien, pero que no lo planearon. Otro 37% de las encuestadas sintió que el parto fue difícil. Las mujeres se sometieron a una amplia gama de intervenciones durante el parto, y el 38% recibió suturas después, con una tasa total de cesáreas del 30% (Figura 2)

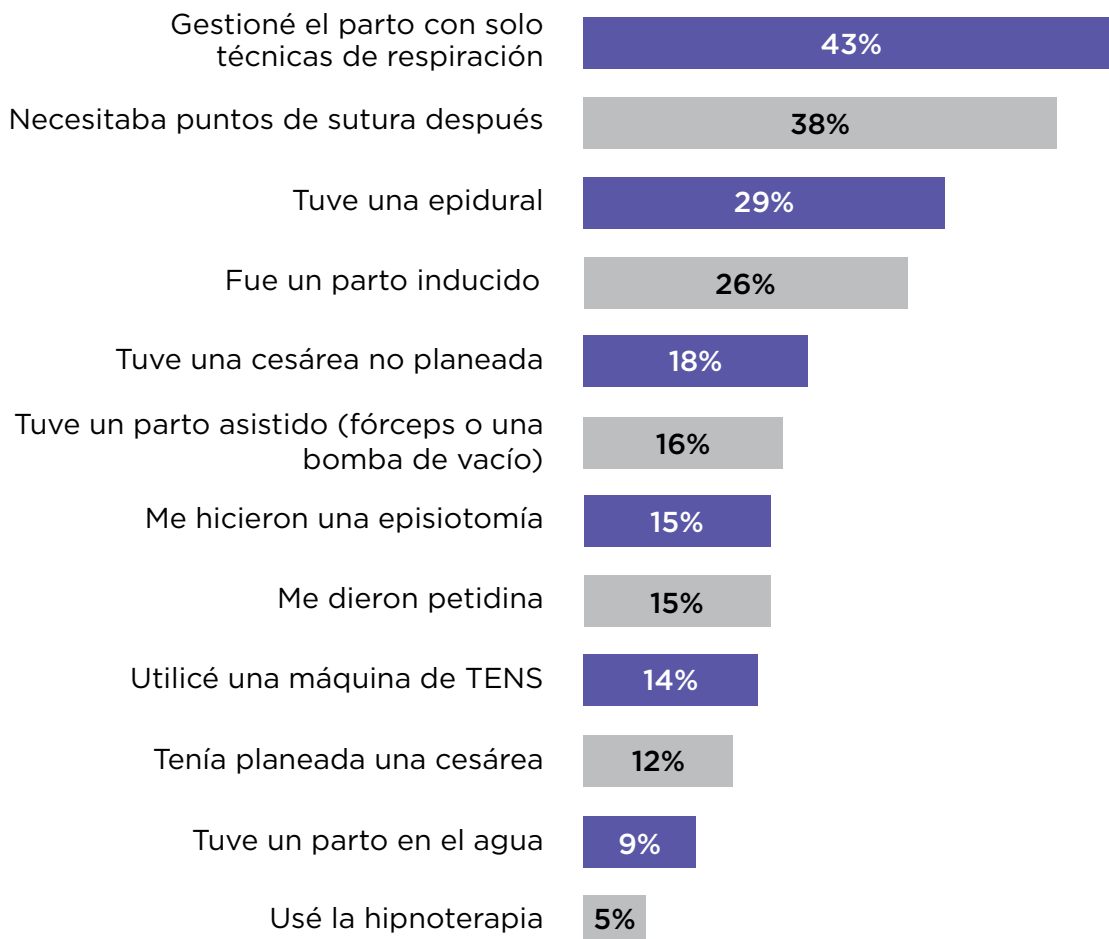


Figura 2. ¿Cuál de los siguientes aspectos relacionarías con el nacimiento de tu hijo?

Experiencias de dolor después del parto

De las 1.000 mujeres encuestadas, el 71% experimentó molestias o dolor durante la lactancia. Se informó comúnmente de dolor en los pezones y de inflamación y síntomas relacionados con la congestión mamaria (Figura 3). Un total de 183 mujeres (el 26% de las que declararon haber experimentado dolor durante la lactancia) dijeron que el dolor que experimentaron estaba relacionado con el propio nacimiento. La cesárea fue la principal razón de este dolor, citada por más del 50% de estas encuestadas.

Otras causas incluían la episiotomía, las suturas y las molestias generales relacionadas con el nacimiento (Tabla 3). Estas cuestiones dificultaron la lactancia materna en lugar de prevenirla, y las madres informaron que su dolor dificultaba levantar y dejar a su bebé (63%), que era doloroso sostener a su bebé para amamantarlo (45%) y que era difícil sentarse cómodamente al amamantar (56%). Cuando se volvieron a analizar los datos para excluir a las mujeres que habían sido sometidas a una cesárea, centrándose solo en las encuestadas que tenían suturas, episiotomía o molestias generales relacionadas con el parto (S, E y GBRD), el porcentaje de encuestadas que informaron de que sentarse para amamantar era doloroso aumentó al 89% (Figura 3). Esto equivalía al 16% del total de 1.000 mujeres encuestadas.

Impacto del dolor relacionado con el nacimiento en la lactancia y el cese de la misma

Cuando se les preguntó cuál era el impacto del dolor relacionado con el parto que experimentaron (n=183), casi la mitad de las encuestadas (47%) informaron de que necesitaban asistencia durante la lactancia, por ejemplo, para ayudar a levantar o colocar al bebé. Otro 38% tuvo que amamantar en una postura alternativa para estar cómoda. Un número considerable informó de que el dolor que sufrían contribuyó a introducir más fórmulas de alimentación (35%) o cambiar a la extracción (20%). Solo una cuarta parte (25%) de las encuestadas amamantó sin ningún impacto negativo, en comparación con el 40% que informó de que amamantó pero que eso tuvo un impacto negativo en su salud mental. De las madres encuestadas, el 26% que experimentaba dolor por causas relacionadas con el nacimiento informó de que era un factor que contribuía a que dejaran de amamantar (Tabla 3).



P: ¿Cómo afectó este tema a tu lactancia?

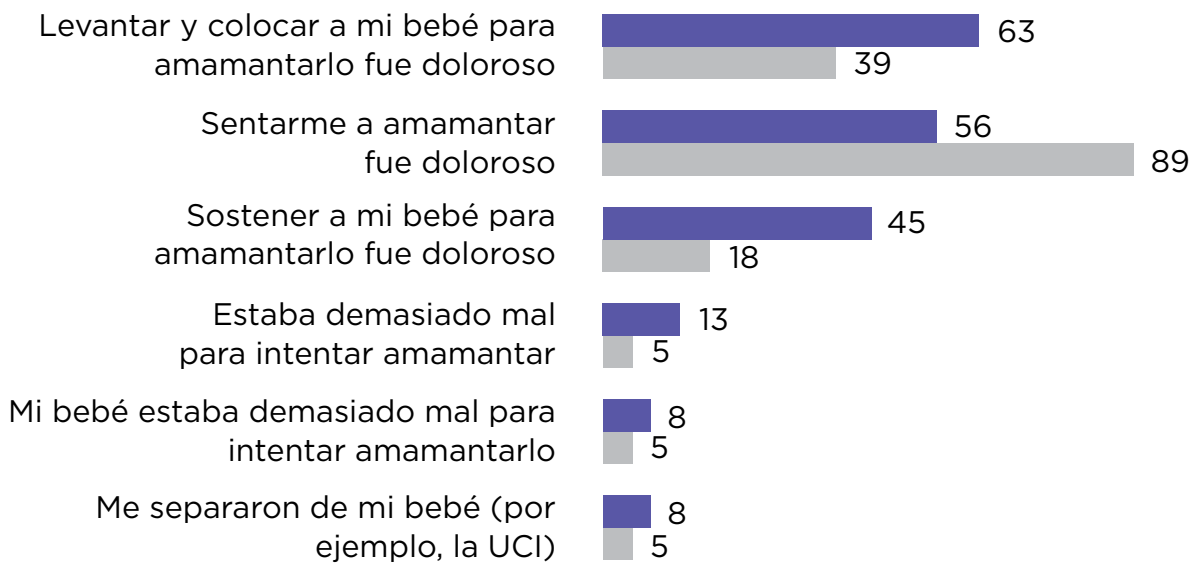


Figura 3. Impacto del dolor relacionado con el nacimiento en la experiencia de la lactancia materna*



De este estudio se desprende claramente que las nuevas madres se enfrentan a diversos retos a la hora de establecer una relación de lactancia sostenible con su hijo, incluso si entran en la maternidad con la determinación de amamantarlo.

Resultados

La Encuesta de Alimentación Infantil del Reino Unido (UK IFS) informó de una tasa de iniciación del 81% con una prevalencia de lactancia materna del 69% a la semana, del 55% a las seis semanas y del 34% a los seis meses (Investigación IFF, 2013) Los datos presentados, aquí replican esta tendencia, con una alta tasa de iniciación de la lactancia materna, seguida de una fuerte reducción de la prevalencia de la lactancia materna en las semanas y meses posteriores al nacimiento.

Sin embargo, es interesante que un mayor porcentaje de las encuestadas en este estudio seguían amamantando de alguna manera en cada momento en el tiempo en comparación con la IFS del Reino Unido. Esto puede reflejar un cambio genuino en el éxito de la lactancia materna en los años posteriores a la IFS del Reino Unido; sin embargo, se ha sugerido anteriormente que el informe de la IFS del Reino Unido subestimó las tasas de lactancia materna (Quigley y Carson, 2016). De las madres encuestadas, el 60% eran madres primerizas; cabe señalar que, si bien las experiencias de las madres primerizas suelen diferir de las de las madres que han dado a luz anteriormente, en este caso, las diferencias entre los dos grupos no fueron significativas, lo que permitió analizar los datos en su conjunto.

Cabe destacar que predominó la alimentación combinada, y la mayoría de las encuestadas utilizaron leche de fórmula en algún momento junto con la leche materna. Cuando se examinan las tasas de lactancia materna, se suele hacer hincapié en la lactancia materna exclusiva, de conformidad con la recomendación de la OMS (2019). Sin embargo, los datos que se presentan aquí sugieren que el hecho de no considerar plenamente a quienes se alimentan de forma combinada puede excluir a la mayor población de madres lactantes, al menos en el Reino Unido.

Es interesante ver que un mayor porcentaje de las encuestadas consideraron que utilizaban más fórmula que la prevista en los primeros días de la lactancia que más tarde, cuando ésta ya estaba establecida. Esto puede reflejar una oportunidad para potenciar la educación y el apoyo a las madres que introducen “suplementos” de fórmula en los primeros días y semanas, para ayudarlas a reanudar la lactancia materna exclusiva, apoyándolas para que reconozcan las señales del bebé, y cuando haya una verdadera necesidad de suplementos. La suplementación temprana se ha asociado con un triple riesgo de dejar de amamantar al día 60, y depende de la dosis, pues un mayor número de tomas de fórmula contribuyen a un abandono más temprano de la lactancia materna (Walker, 2015). Esto sugiere que la prestación de apoyo y orientación para reducir al mínimo la cantidad de suplementos utilizados inicialmente, y para reducir el uso de la fórmula una vez que disminuya el dolor materno, puede tener un impacto positivo en la duración de la lactancia en general.

Exactamente la mitad de las madres encuestadas se enfrentaron a dificultades durante la lactancia que las obligaron a cambiar de plan. La razón más citada para el cambio de plan fue “cuestiones relativas a la lactancia materna inicial”, un término amplio que probablemente abarca una serie de cuestiones comunes bien caracterizadas en la literatura publicada (Odom et al, 2013; Feenstra et al, 2018). Estas cuestiones se superponen a otra razón común para el cambio de planes: el dolor durante la lactancia, que afectó a más del 70% de las 1.000 mujeres encuestadas aquí.

Tabla 3. Respuestas a encuestas sobre problemas físicos y dolor que afectaron a la lactancia materna

P: ¿Experimentó algún problema físico (p. ej., incomodidad, dolor) durante la lactancia?

Base: total (n=1.000)

Sí	71%
No	29%

P: ¿Cuál de los siguientes problemas experimentaste mientras amamantabas a tu hijo?

Base: tenía problemas (n=707) *Posible seleccionar múltiples opciones

Tenía un pezón invertido	7%
Tenía picor en el pecho	14%
Tenía picor en el pezón	15%
Tenía dolores de otras fuentes que afectaban a la lactancia materna (por ejemplo, relacionados con el parto o la cesárea)	26%
Mi pezón estaba sangrando	33%
Sentía el pecho duro o apretado	44%
Mi pecho estaba dolorido, sensible e hinchado	45%
Mi pezón estaba agrietado o con ampollas	58%
Me dolía el pezón	62%
Mi pezón estaba dolorido o blanqueado	82%
Otro	10%

P: ¿Cuál fue la causa del dolor que tenías (que no fue causado directamente por la lactancia en sí)?

Base: dolor de otras fuentes (n=183) *Posible seleccionar múltiples opciones

Prefiero no decir	0%
Malestar general relacionado con el nacimiento	7%
Episiotomía	10%
Puntos de sutura	14%
Cesárea	53%
Otro	17%

P: ¿Cómo afectó ese dolor a la lactancia?

Base: dolor de otras fuentes (n=183) *Posible seleccionar múltiples opciones

No podía amamantar para nada	1%
Me separaron de mi bebé (por ejemplo, la UCI)	21%
Mi bebé estaba demasiado mal como para intentar amamantarlo	54%
Estaba demasiado mal para intentar amamantar	74%
Sostener a mi bebé para amamantarlo fue doloroso	81%
Sentarme a amamantar fue doloroso	81%
Levantar y colocar a mi bebé para amamantarlo fue doloroso	86%
Otro	4%

P: ¿Qué impacto tuvo en tu lactancia?

Base: dolor de otras fuentes (n=183) *Posible seleccionar múltiples opciones

Me pasé a la extracción	20%
Amamanté a pesar del dolor sin ningún impacto negativo	25%
Dejé de amamantar por completo	26%
Tuve que amamantar en una postura alternativa para estar cómoda (por ejemplo, acostada)	33%
Amamanté menos e introduje leche de fórmula	35%
Amamanté a pesar del dolor, pero tuvo un impacto negativo en mi salud mental (por ejemplo, me sentía estresada, temía cada toma)	40%
Necesitaba ayuda durante la lactancia (p. ej., para levantar o colocar a mi bebé o para colocarme en la postura correcta)	47%
Otro	0%

P: En general, ¿qué impacto tuvo el dolor en la duración total de la lactancia?

Base: dolor de otras fuentes (n=183) *Posible seleccionar múltiples opciones

No pude amamantar	0%
Dejé de amamantar mucho antes de lo que hubiera hecho si no hubiera tenido este dolor	47%
Dejé de amamantar un poco antes de lo que hubiera hecho sin este dolor	10%
No hubo impacto en la lactancia	43%
Dejé de amamantar un poco más tarde de lo que hubiera hecho sin el dolor	0%
Dejé de amamantar mucho más tarde de lo que hubiera hecho sin el dolor	0%

La preocupación de que el hijo siguiera teniendo hambre o estuviera insatisfecho ocupó el segundo lugar en la encuesta, lo que concuerda con los datos publicados anteriormente que identifican la percepción de una producción insuficiente de leche como una razón comúnmente citada para el cese temprano de la lactancia materna (Binns y Scott, 2002; Ahluwalia y otros, 2005; Gatti, 2008). El mayor abandono de la lactancia materna por esta razón, se produce entre la semana primera y cuarta desde el momento en que se inicia y también sigue siendo el problema más comúnmente citado durante varios meses (Binns y Scott, 2002; Ahluwalia y otros, 2005; Gatti, 2008). Esto es así a pesar de que la falta de suministro de leche sea inusual. Un estudio que investigaba la percepción de insuficiencia de leche supervisó la producción real de leche e informó de que algunas mujeres que habían demostrado un suministro adecuado a las seis semanas de posparto seguían informando de que consideraban que su suministro era insuficiente (Hill y Aldag, 2007), mientras que un segundo estudio para determinar la relación entre el suministro de leche percibido como insuficiente y la producción real de leche insuficiente no encontró ninguna relación significativa entre ambos (Galipeau y otros, 2017).

Más de una cuarta parte de las encuestadas (26%) que no pudieron seguir su plan de lactancia materna citaron que sus propios problemas de salud contribuyeron a este cambio, y el mismo porcentaje informó de que el dolor relacionado con el nacimiento afectó a su capacidad de amamantar (para el contexto, casi dos tercios de este grupo informaron de que el dolor de los pezones era un problema).

Muchas de las intervenciones que las mujeres experimentan durante el parto, como la cesárea, la episiotomía y las suturas, se asocian al dolor y a un período de incapacitación y recuperación, por encima de las molestias normales y esperadas de un parto sin complicaciones (Borders, 2006; Declercq y otros, 2008). Sostener al bebé para amamantarlo, colocarlo y sentarse cómodamente para amamantarlo fueron todos dolorosos para muchas de las encuestadas.

Además del efecto evidente en el bienestar de la madre, esta incapacidad de encontrar una postura cómoda y sin dolor para amamantar puede también aumentar otros problemas por el impacto negativo que tiene en la posición del bebé, el agarre y la duración de las tomas. La mala succión está asociada con el dolor durante la lactancia, y la posición y la succión correctas son esenciales para aumentar el suministro y la ingesta de leche (do Espírito Santo y otros, 2007; Brown y Jordan, 2014). La alteración del comportamiento de alimentación del lactante también puede repercutir negativamente en la producción de leche (Brown y Jordan, 2014).

El impacto de la salud física de la madre en el resultado de la lactancia fue observado por Rajan (1994), que realizó un estudio basado en un cuestionario de las madres seis semanas después del parto. Las mujeres que dijeron que se sentían “bien” o “muy bien” tenían casi el doble de probabilidades de estar amamantando exclusivamente que las que se sentían “no muy bien” o “no del todo bien” (Rajan, 1994). Un análisis más detallado de los datos reveló que los problemas causados por las suturas, la frecuencia urinaria y las secuelas de una cesárea estaban todos significativamente asociados con la capacidad de amamantar con éxito (Rajan, 1994). Una cuarta parte de las madres que comunicaron dolores relacionados con el parto que afectaban a la lactancia materna dijeron que era un factor que contribuía a interrumpir la lactancia materna; esto fue alrededor del 5% del total de mujeres encuestadas, siendo más común que el dolor y las molestias relacionadas con el nacimiento dificultaran la lactancia materna en lugar de impedirla por completo.

Si bien es posible que no haya impedido la lactancia materna, es importante señalar que, de las 183 madres con dolor relacionado con el parto, el 40% reportó que, aunque siguieron amamantando, ello repercutió negativamente en su salud mental. A modo de comparación, solo el 25% declaró que continuaron amamantando sin ningún impacto negativo. El dolor después del parto se ha asociado con un mayor riesgo de depresión posparto (Gutke y otros, 2007; Eisenach y otros, 2008).

Además, los estudios revelaron una relación entre las dificultades de la lactancia materna y los problemas de salud mental de la madre (Brown y otros, 2015; Chaput y otros, 2016). Es probable que estas cuestiones estén intrínsecamente interrelacionadas, lo que significa que cualquier impacto positivo en la salud mental materna a través del apoyo a la lactancia puede mejorar aún más si se apoya simultáneamente a la nueva madre con cualquier desafío o dolor específico que esté sufriendo en relación con el propio parto.



Puntos clave

- 1 Las nuevas madres experimentan una serie de problemas en los días y semanas posteriores al parto, lo que afecta a su capacidad de amamantar cómodamente.
- 2 Las lesiones y el dolor de los partos vaginales y por cesárea pueden dificultar la lactancia materna y contribuir a que se deje de amamantar de forma temprana.
- 3 Un mayor reconocimiento y un mejor tratamiento del dolor postnatal pueden mejorar la experiencia de la lactancia materna e influir positivamente en la salud mental de la madre.



Este estudio proporciona una instantánea del tipo de desafíos que las madres sienten que han impactado en los resultados de la lactancia. Al interpretar las conclusiones, debe tenerse en cuenta la naturaleza retrospectiva del diseño del estudio; cómo los datos reunidos se basaron en el autoinforme y el recuerdo retrospectivo. Es posible que las madres informaran erróneamente sobre sus experiencias, lo que es una consideración para cualquier estudio retrospectivo basado en encuestas. Cabe señalar que no se preguntó a las madres de más de un niño si habían amamantado a sus hijos anteriores, si bien se sabe que esto influye en la experiencia de amamantamiento. De todos modos, no se considera que la omisión de esta pregunta influya en las conclusiones que se presentan aquí. El considerable tamaño de la muestra de este estudio lo convierte en un valioso punto de datos para comprender las repercusiones del dolor posparto en las madres que amamantan. Además se está planificando un estudio prospectivo más amplio para validar y aprovechar estas conclusiones iniciales.

Es interesante que, tras examinar investigaciones publicadas similares en esta esfera, parece que el diseño de muchas de las encuestas/cuestionarios puede no haber registrado específicamente datos relativos al dolor relacionado con el nacimiento. Por ejemplo, el estudio sumamente exhaustivo basado en encuestas realizado por Odom y sus colegas (2013) con 1.177 madres no parecía tener una opción de respuesta que permitiera captar el dolor materno posterior al parto como factor que contribuye a la interrupción de la lactancia. En los estudios basados en encuestas, en los que la encuestada puede verse limitada por las opciones de respuesta proporcionadas, el hecho de no incluir opciones específicas de dolor posparto puede contribuir a una subestimación general del problema.

Cuando se consideran los desafíos que experimenta una nueva madre para establecer y mantener la lactancia materna, es esencial considerar todo lo que la madre está pasando, y el dolor y la incomodidad acumulada que está experimentando de todas las fuentes. Si bien las cuestiones físicas relacionadas directamente con la lactancia materna y el pezón en sí son, con mucho, las más comunes, no deben subestimarse las repercusiones del dolor posterior al parto como una presión que contribuye al bienestar, la salud mental y las opciones de la madre en materia de lactancia materna. La consideración del embarazo y el parto como procesos “normales” puede significar que las molestias y posibilidades de dolor después del trabajo de parto y el parto no se reconocen ni se esperan adecuadamente (Stainton y otros, 1999).

Para una madre primeriza, haciendo malabares con los cambios emocionales, hormonales y físicos posteriores al nacimiento, el agotamiento de cuidar a un nuevo bebé y las molestias y el dolor que a menudo se asocian con el establecimiento de la lactancia materna, tal vez no sea sorprendente que el dolor y las molestias posteriores al nacimiento puedan ser la “gota que colma el vaso”; contribuyendo a un alejamiento del plan de lactancia materna anterior al nacimiento.

Debería considerarse la posibilidad de realizar más investigaciones para aumentar la comprensión de las causas y el impacto del dolor postnatal en las mujeres que amamantan, considerando cuidadosamente el diseño del estudio para asegurar que se capten todos los factores contribuyentes. Esto es particularmente importante para los estudios que utilizan instrumentos basados en encuestas para la reunión de datos. Es posible que el mayor reconocimiento y apoyo a las madres en el tratamiento del dolor y las molestias relacionadas con el parto en el período postnatal temprano pueda tener un efecto positivo en las madres para que logren su plan de lactancia.

Cuestiones para reflexionar

- **Antecedentes:** Las razones para interrumpir prematuramente la lactancia materna son complejas. Diversos factores sociales, psicológicos y físicos pueden contribuir a que la madre se desvíe de su plan previsto de lactancia.
- **Objetivos:** Investigar la forma en que las experiencias reales tanto del nacimiento como de la lactancia materna difieren de las esperadas por la madre y cualquier efecto posterior que se perciba en la experiencia de la lactancia materna.
- **Método:** Los datos se recopilaron mediante una encuesta online a mujeres del Reino Unido (n=1 000) que se publicó en el *British Journal of Midwifery* en enero de 2020.
- **Hallazgos:** Las encuestadas se enfrentaron a una variedad de desafíos cuando amamantaron, incluyendo dolor y molestias en los pezones, preocupaciones sobre la insuficiencia de leche y dolor relacionado con el parto que impactó en su capacidad de dar el pecho cómodamente. En general, el dolor relacionado con el parto dificultaba la lactancia materna en lugar de prevenirla, sin embargo el 5% de las madres encuestadas lo citaron como un factor que contribuía al cese prematuro de la lactancia materna.
- **Practicar el piel con piel:** El dolor relacionado con el nacimiento puede ser un factor poco relevante en el cese temprano de la lactancia. Teniendo en cuenta los desafíos que se experimentan al establecer y mantener la lactancia materna, es esencial considerar el dolor y las molestias acumuladas que se experimentan.

Declaración de intereses: Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Revisión: Este artículo fue sometido a una revisión por pares a doble ciego y aceptado para su publicación el 4 de octubre de 2019.

Agradecimiento: Los autores desean agradecer a Mum's Views Ltd. por llevar a cabo y gestionar la encuesta online y la recopilación de datos para este estudio.

REFERENCIAS

Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*. 2005; 116(6):1408-1412. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0013>

Binns CW, Scott JA. Breastfeeding: reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. *Breastfeeding Review*. 2002; 10(2):13-19

Borders N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2006; 51(4):242-248. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.10.014>

Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, Melcher CL. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact*. 2010; 26(2):130-137. <https://doi.org/10.1177/0890334409355779>

Brown A, Jordan S. Active management of the third stage of labor may reduce breastfeeding duration due to pain and physical complications. *Breastfeeding Medicine*. 2014; 9(10):494-503. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0048>

Brown A, Rance J, Bennett P. Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role

of pain and physical difficulties. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 72(2):273-282. <https://doi.org/10.1111/jan.12832>

Chaput KH, Nettel-Aguirre A, Musto R, Adair CE, Tough SC. Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. *CMAJ Open*. 2016; 4(1):E103-E109. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20150009>

Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and caesarean deliveries: results of a national survey. *Birth*. 2008; 35(1):16-24. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00207.x>

REFERENCIAS

- Eisenach JC, Pan PE, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*. 2008; 140(1):87-94. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.011>
- Feenstra MM, Kirkeby MJ, Thygesen MK, Danbjørg DB, Kronborg H. Early breastfeeding problems: a mixed method study of mothers' experiences. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2018; 16:167-174. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.003>
- Galipeau R, Dumas L, Lepage M. Perception of not having enough milk and actual milk production of first time breastfeeding mothers: is there a difference? *Breastfeeding Medicine*. 2017; 12(4):210-217. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0183>
- Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008; 40(4):355-363. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00234.x>
- Gutke A, Josefsson A, Öberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in relation to postpartum depressive symptoms. *Spine*. 2007; 32(13):1430-1436. <https://doi.org/10.1097/BRS.Ob013e318060a673>
- Hill PD, Aldag JC. Predictors of term infant feeding at week 12 postpartum. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*. 2007; 21(3):250-255. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000285816.44022.a3>
- IFF Research. *Infant Feeding Survey, 2010*. 2nd edn. UK Data Service. 2013. <http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-7281-2>
- Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, Menon LL, Scott C, Mather-McCaw G, Navarro K, Geddes DT. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015; 12(10):12247-12263. <https://doi.org/10.3390/ijerph121012247>
- Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, Citra Nurfarah BZM, Shorey S. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Maternal and Child Nutrition*. 2017; 14(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.12492>
- Mekonnen A, Yehualashet S, Bayleyegn D. The effects of kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and low birthweight infants: a meta-analysis of published studies. *International Breastfeeding Journal*. 2019; 14(12). <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0206-0>
- Mohammadzadeh A, Farhat A, Esmaeily H. The effect of breast milk and lanolin on sore nipples. *Saudi Medical Journal*. 2005; 26(8):1231-1234
- Nyqvist KH, Ewald U. Successful breast feeding in spite of early mother-baby separation for neonatal care. *Midwifery*. 1997; 13(1):24-31. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(97\)90029-2](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(97)90029-2)
- Odom EC, Ruowei L, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*. 2013; 131(3):e726-e732. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1295>
- Quigley MA, Carson C. Breastfeeding in the 21st century. *Lancet*. 2016; 387:475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30534-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30534-7)
- Rajan L. The impact of obstetric procedures and analgesia/ anaesthesia during labour and delivery on breastfeeding. *Midwifery*. 1994; 10:87-105. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(05\)80250-5](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(05)80250-5)
- Rapley G. Keeping mothers and babies together-breastfeeding and bonding. *RCM Midwives*. 2002; 5(10):332-334
- Stainton CM, Edwards S, Jones B, Switonski C. The nature of maternal postnatal pain. *Journal of Perinatal Education*. 1999; 8(2):1-10. <https://doi.org/10.1624/105812499X87060>
- Victoria CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387(10017):475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Walker M. Formula supplementation of breastfed infants: helpful or hazardous? *Childhood Obesity and Nutrition*. 2015; 7(4):198-207. <https://doi.org/10.1177/1941406415591208>
- World Health Organization. *Breastfeeding*. 2019. https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/ (accessed 29 May 2019)