



Lansinoh®

Dolor en el pezón en mujeres lactantes asociado al agarre: El impacto en el resultado de la lactancia materna

Extracto: British Journal of Midwifery, Julio 2020, Vol. 28, No.7

Resumen

Antecedentes El dolor en el pezón es un problema que experimentan con frecuencia las madres lactantes y que, si no se soluciona, puede contribuir a la interrupción temprana de la lactancia.

Objetivos Investigar experiencias de madres que sufren dolor en el pezón, las soluciones que utilizaron para resolver sus problemas, y la incidencia percibida en los resultados de la lactancia con especial atención en el dolor en el pezón asociado al agarre (LRNP, por su sigla en inglés) sin una clara causa subyacente.

Métodos Se recopilaron los datos mediante una encuesta en línea a mujeres en el Reino Unido (n=1.084).

Resultados El LRNP fue el problema más común que experimentó el 71% de las madres encuestadas. Se emplearon distintas soluciones para intentar resolver el LRNP. Se asoció el uso de Lanolina HPA® para tratar el problema del LRNP con un aumento considerable de la duración de la lactancia (33,2 semanas en promedio, comparado con las 26,5 semanas de aquellas mujeres que no informaron del uso de Lanolina HPA®).

Discusión La Lanolina HPA® es una solución clave utilizada por las madres para tratar el dolor en el pezón asociado al agarre, y que es percibida como la solución que tiene un efecto positivo significativo en los síntomas físicos y el dolor relacionado con lesiones en los pezones. Se asoció además el uso de Lanolina HPA® al aumento considerable de la duración de la lactancia, lo cual, en definitiva, ayuda a las mujeres y mejora la tasa general de lactancia.

Palabras clave

Lactancia | Dolor en el pezón | Lanolina | Duración de la lactancia

Katie Bourdillon (autor a quien dirigir la correspondencia)
Departamento de Innovación y Desarrollo de Nuevos Productos, Laboratorios Lansinoh, Leeds
katie@lansinoh.co.uk

Tom McCausland Departamento de Innovación y Desarrollo de Nuevos Productos, Laboratorios Lansinoh, Leeds

Stephanie Jones Departamento de Innovación y Desarrollo de Nuevos Productos, Laboratorios Lansinoh, Leeds

Las tasas de lactancia materna en el Reino Unido siguen siendo algunas de las más bajas en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (2020) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de un niño, seguida de alimentos apropiados como complemento de la lactancia materna hasta los dos años o más. Sin embargo, la última encuesta sobre alimentación infantil en todo el Reino Unido informó que las tasas de lactancia materna exclusiva disminuyeron del 81% a menos del 25% seis semanas después del parto (IFF Research, 2013).

Las razones para una interrupción temprana de la lactancia son complejas y variadas en lo que constituye un momento muy emotivo para la vida de una madre reciente. La molestia y el dolor en el pezón son retos comunes que una madre reciente enfrenta en el momento de establecer la lactancia, y frecuentemente son mencionadas como las razones para interrumpir la lactancia antes de lo deseado (Morland-Schultz and Hill, 2005; Dennis et al 2014). El dolor en el pezón a menudo se suele atribuir a una posición y un agarre del bebé inadecuados (Righard, 1998; Kent et al, 2015). Otras causas comunes se relacionan con la fisiología de la madre o del bebé, por ejemplo, pezones planos o invertidos, anquiloglosia o anomalía palatal del bebé, o infecciones subyacentes (L'Esperance, 1980; Snyder, 1997; Messner et al, 2000; Tait, 2000; Walker, 2008; Amir et al, 2013).

Sin embargo, en muchas ocasiones las molestias, lesiones o dolores en el pezón se experimentan en ausencia de una clara causa subyacente. Esto ocurre con mayor frecuencia en los primeros días dado que la lactancia se establece y resuelve a medida que la experiencia tanto del bebé como de la madre aumenta. Esto se debe en parte a que la acción de succión del bebé crea un vacío que causa una fricción física en el pezón, lo que provoca daños en el tejido seguido de dolor (Tait, 2000; McClellan et al, 2008; Walker, 2008; Perrella et al, 2015). A los efectos de este estudio, los autores se referirán al dolor en el pezón sin una causa fisiológica subyacente clara como dolor en el pezón asociado al agarre (LRNP, por su sigla en inglés).

Se utilizan varias herramientas y soluciones para ayudar a las madres que experimentan lesiones y dolor en el pezón. Existe un gran cúmulo de pruebas que evidencian que la educación sobre el agarre y la posición correctos del bebé lleva, en la mayoría de los casos, a una disminución del dolor en el pezón y a un aumento en la duración de la lactancia (Cadwell et al, 2004; Darmangeat, 2011). Sin embargo, otros estudios informan que la educación sobre la posición y el agarre adecuados durante los primeros días después del parto no dio como resultado una lactancia materna más



Adobe Stock/shurkin_son

La mayoría de las veces el dolor en los pezones y el daño en los tejidos se producen durante las primeras etapas de la lactancia materna

prolongada o con menos problemas (Labarere, 2003; De Oliveira, 2006; Henderson et al, 2011). Esto pone de relieve el hecho de que la posición y el agarre inadecuados no son la única causa del dolor en el pezón (Kent et al, 2015).

Históricamente se ha aconsejado a las madres que froten leche materna sobre los pezones doloridos después de amamantar; se cree que esto ayuda a curar los pezones debido las propiedades inmunológicas intrínsecas de la leche (Witkowska-Zimny et al, 2019), y además es una herramienta gratuita al alcance de todos. También se utilizan una variedad de soluciones comerciales que ayudan a prevenir y tratar la lesión en el pezón y su consiguiente dolor, tales como cremas, ungüentos, almohadillas de hidrogel y pezoneras. Uno de estos productos es la Lanolina Anhidra Altamente Purificada o HPA® (por su sigla en inglés) de Laboratorios Lansinoh®.

La lanolina es estructuralmente similar a los lípidos que se encuentran dentro de la piel, particularmente en la capa córnea. Estos lípidos contribuyen a la integridad de la barrera cutánea (Kligman, 2000). La lanolina es un excelente hidratante y emoliente, que forma en la piel una emulsión estable con agua que evita la evaporación y retiene la humedad (Harris, 2000). Además, numerosos estudios han demostrado que la lanolina puede mejorar la tasa de curación de las heridas cutáneas de espesor parcial al proporcionar un ambiente de humedad adecuado

para que las lesiones sanen (Chvapiletal, 1988; Brent et al, 1998; Büyükyavuz et al, 2010). Estas propiedades conducen a que, en lo que respecta a la lactancia, los profesionales de la salud a menudo recomienden aplicar lanolina para tratar las lesiones en el pezón y aliviar los pezones secos e irritados, especialmente durante los primeros días de la lactancia (Jackson and Dennis, 2017). Además de la leche materna extraída, la lanolina es la única intervención que ha recibido el respaldo continuo de La Liga de la Leche Internacional, la red de apoyo a la lactancia comunitaria más extendida e importante a nivel mundial para las mujeres. La lanolina también es recomendada por los Consultores de Lactancia Certificados por el Consejo Internacional de Examinadores (IBCLC, por sus siglas en inglés), y está incluida en su plan de estudios principal para la práctica de consultoría de lactancia (Mannel et al, 2008; Jackson and Dennis, 2017). Debido a que es una sustancia natural no tóxica, las madres no deben preocuparse si su bebé la ingiere de manera accidental. Además, tanto su sabor como su olor son neutros, minimizando así cualquier efecto sobre la capacidad o el deseo del bebé de agarrarse al pecho y lactar. La Lanolina HPA® es lanolina en un grado altamente purificado que pasa por un proceso de refinación único y exhaustivo para eliminar cualquier contaminante ambiental residual presente en la materia prima, garantizando así la seguridad del producto para ser utilizado específicamente en los pezones de las madres lactantes (LactMed, 2018).

Tabla 1. Cronología de la lactancia materna para todas las encuestadas, madres que solo amamantaron y aquellas que alimentaron de forma mixta desde el principio

Cronología	Total de madres encuestadas (n=1084)	Encuestadas con alimentación mixta desde el parto (n=172)	Encuestadas que solo amamantaron (n=480)
	100%	100%	100%
Continúan amamantando al mes	76%	71%	88%
Continúan amamantando a los 3 meses	62%	45%	77%
Continúan amamantando a los 6 meses	46%	23%	63%
Continúan amamantando a los 9 meses	28%	11%	41%
Continúan amamantando aún después de los 12 meses	15%	5%	26%
Duración promedio de la lactancia	28 semanas	15 semanas	35 semanas

El objetivo de este estudio fue el de investigar la incidencia y las causas del dolor en el pezón en madres lactantes, con especial atención en el LRNP: dolor en el pezón sin una clara causa subyacente clínica o psicológica. Asimismo, se recogió información para comprender qué consejos, ayuda o soluciones buscaron las madres que experimentaron este problema y cuán útiles consideraron ellas estas soluciones para permitirles sostener la lactancia por más tiempo.

Método

Se recopiló la información mediante una encuesta en línea a mujeres en el Reino Unido por un periodo de un mes. Todas las participantes habían dado a luz a su último hijo en los últimos 24 meses, iniciado y finalizado su experiencia de lactancia (n=1.084). Las preguntas y la estructura de la encuesta y el posterior análisis e interpretación de la información fueron obtenidos y realizados por los autores. La encuesta en línea fue organizada por una agencia de investigación especializada.

En el proyecto se utilizaron metodologías cuantitativas de investigación de mercado en línea para garantizar que se pudiera obtener una muestra representativa lo suficientemente grande. Las encuestadas fueron reclutadas de un panel especializado de familias jóvenes del Reino Unido a través de sus procesos estándar, que incluyen el cumplimiento de las directrices de la Market Research Society y al RGPD. El panel del proveedor está compuesto principalmente por mujeres embarazadas y madres del Reino Unido reclutadas fuera de línea, que han dado su consentimiento específico para unirse al panel y recibir invitaciones a encuestas. Se obtuvieron datos demográficos estándar de las encuestas, como la cantidad de hijos, la edad, el grupo socioeconómico y la ubicación geográfica de las encuestadas, y se analizaron estos datos para garantizar que la muestra fuese representativa de la población del Reino Unido (dentro del grupo de mujeres con niños pequeños). De las encuestadas, 1.084 dijeron que habían amamantado a su hijo más pequeño en algún momento y habían dejado de amamantar recientemente. Era crucial cerciorarse de que la población estuviera compuesta solo por aquellas personas que dijeran haber finalizado la lactancia materna para garantizar que el análisis se llevase a cabo a lo largo de toda la experiencia de lactancia materna. Se aplicaron únicamente los criterios anteriormente mencionados para incluir a las encuestadas. La familiaridad o el conocimiento de una marca en particular no formaba parte del proceso de selección y en ningún momento las encuestadas supieron quién patrocinaba el estudio.

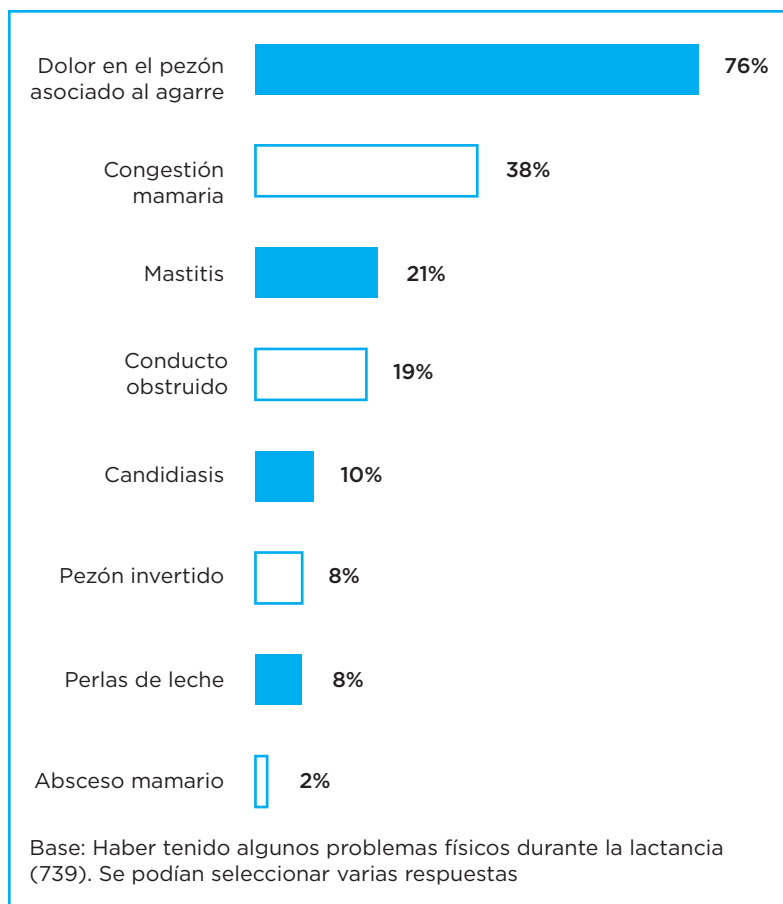


Figura 1. Pregunta: ¿Experimentó alguno de los siguientes potenciales problemas de lactancia materna?

Duración de la lactancia y el impacto de la alimentación mixta

De las 1.084 madres que completaron el estudio, el 76% todavía estaban amamantando al mes después del parto. El 46% de las encuestadas indicaron que aún continuaban amamantando a los seis meses. Esto se había reducido al 15% a los 12 meses (Tabla 1). La duración promedio del período de lactancia fue de 28 semanas (Tabla 1); sin embargo, dentro de ese punto de referencia, hubo diferencias claras entre aquellas madres que solamente amamantaron (duración promedio de la lactancia de 35 semanas) y aquellas que combinaron la leche materna con la de fórmula desde el principio (duración promedio de la lactancia materna de 15 semanas).

Problemas que afectan a la lactancia

El 68% de las 1.084 mujeres incluidas en el estudio informaron que experimentaron problemas físicos relacionados con la lactancia materna. De estas últimas, el 76% experimentó LRNP (n=537), el 38% experimentó congestión mamaria (n=279), el 21% experimentó mastitis (n=157) y el 19% había sufrido de conductos obstruidos (n=143) (Figura 1). Otros problemas, como la candidiasis, el pezón invertido, conductos obstruidos y el absceso mamario, fueron mucho menos frecuentes y los experimentó un 10% o menos de las encuestadas.

Se comprobó que el LRNP tiene un impacto sustancial en el resultado de la lactancia, ya que el 19% de las encuestadas informaron que esto las hizo dejar de amamantar por completo, mientras que otro 29% dejó de amamantar por un breve plazo y/o aumentó la alimentación con leche de fórmula (Figura 2). De las madres que dejaron de amamantar debido al LRNP, el 70% lo hizo dentro del primer mes (no se muestran estos datos). Los síntomas vinculados con el LRNP fueron sensibilidad y dolor general en el pezón (96%), pezón agrietado (74%), enrojecimiento del pezón (37%), formación de costras (36%), exudado/sangrado de los pezones (33%) y pezón invertido o aplanado (11%).

Tratamiento del LRNP

Las Figuras 3 y 4 muestran los distintos recursos a los que recurrieron las madres para tratar de lidiar con su LRNP. Buscaron ayuda y consejos de una variedad de fuentes, incluidos amigos, familiares, fuentes en línea y profesionales de la salud. Aunque el 16% seleccionó «otros», las respuestas literales relacionadas con esta selección indicaron que casi todas las madres que la seleccionaron utilizaron esta opción para mencionar haber buscado ayuda de un profesional de la salud específico. La verdadera opción «otros» fue solo el 3% del total (Figura 3).

Cuando se les preguntó qué herramientas o soluciones utilizaron para tratar el LRNP, las

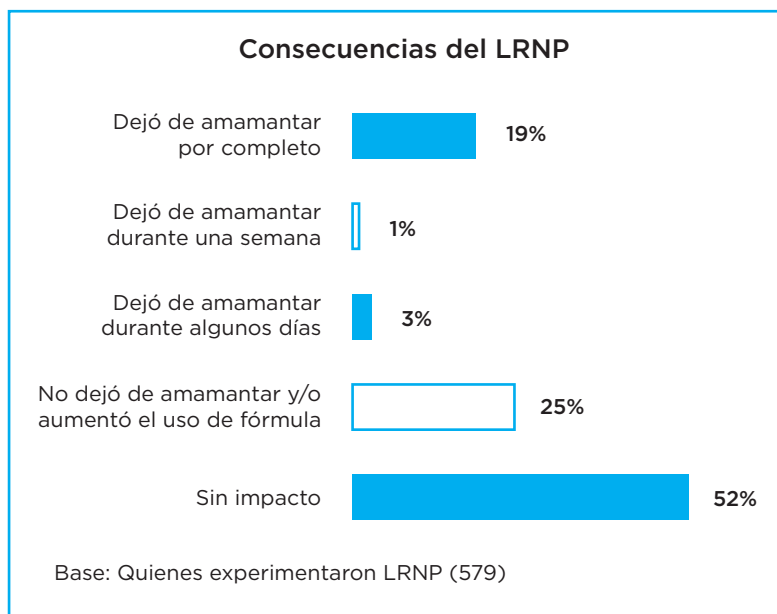


Figura 2. Pregunta: ¿El LRNP afectó su capacidad para amamantar?

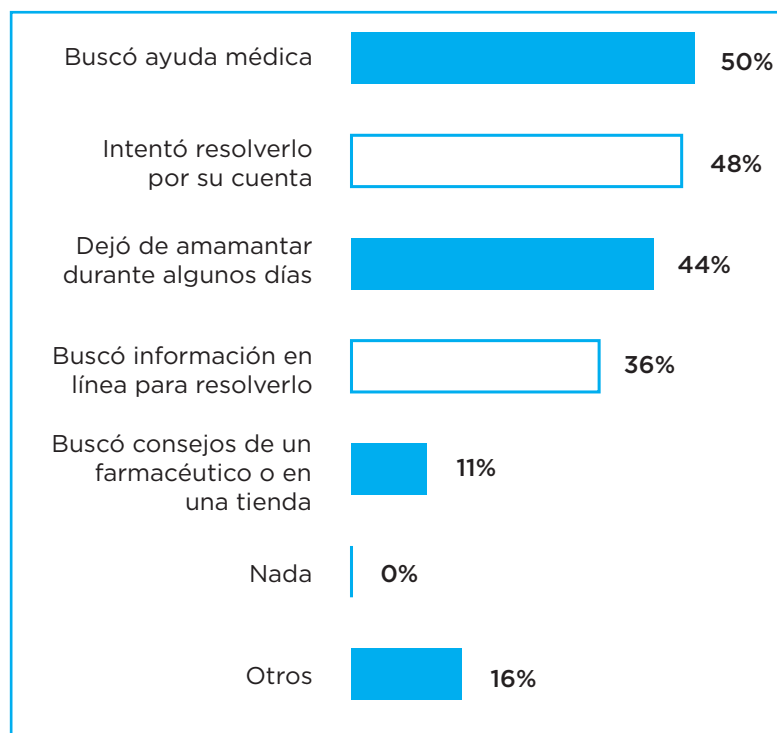


Figura 3. Pregunta: ¿Cuál de las siguientes opciones probó para solucionar el LRNP?

encuestadas tenían un cuadro de texto libre para escribir una respuesta en lugar de seleccionar una opción de una lista de elección múltiple. La Lanolina HPA® fue la solución más utilizada (31%), seguida de las pezoneras (21%) y las cremas para pezones (no se especificó el tipo) (20%) (Figura 4). Otras soluciones utilizadas incluyeron asistencia en el agarre y posición del bebé por parte de profesionales de la salud, tratamientos para la candidiasis o la mastitis y almohadillas de hidrogel. Se analizó la información para ver si la solución escogida para tratar el LRNP afectó el resultado de la lactancia. Se constató que el impacto del LRNP fue considerablemente menor cuando se usó Lanolina HPA®

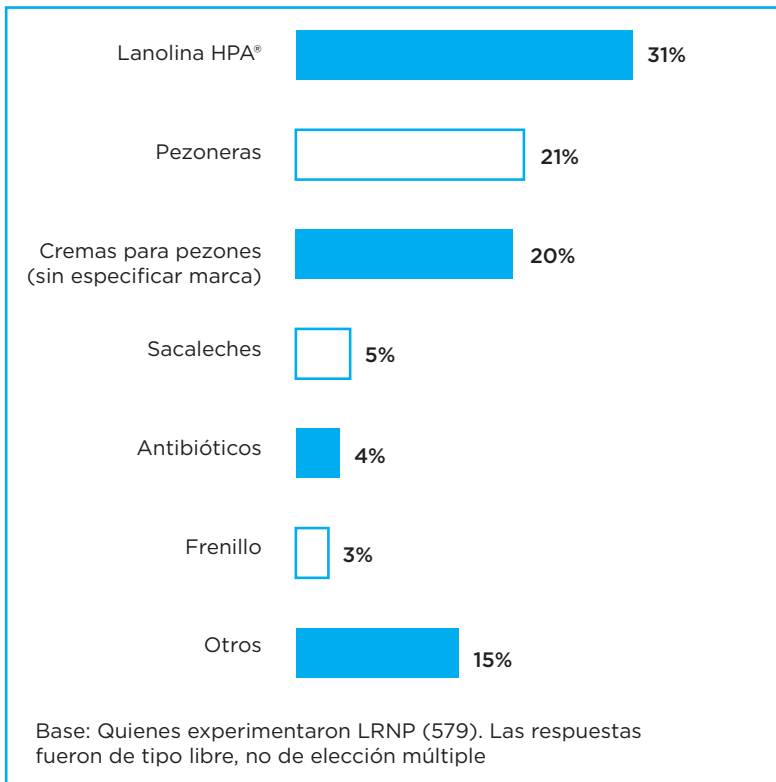


Figura 4. Pregunta: ¿Qué medicamento, herramientas, dispositivos, etc. usó para aliviar el LRNP?

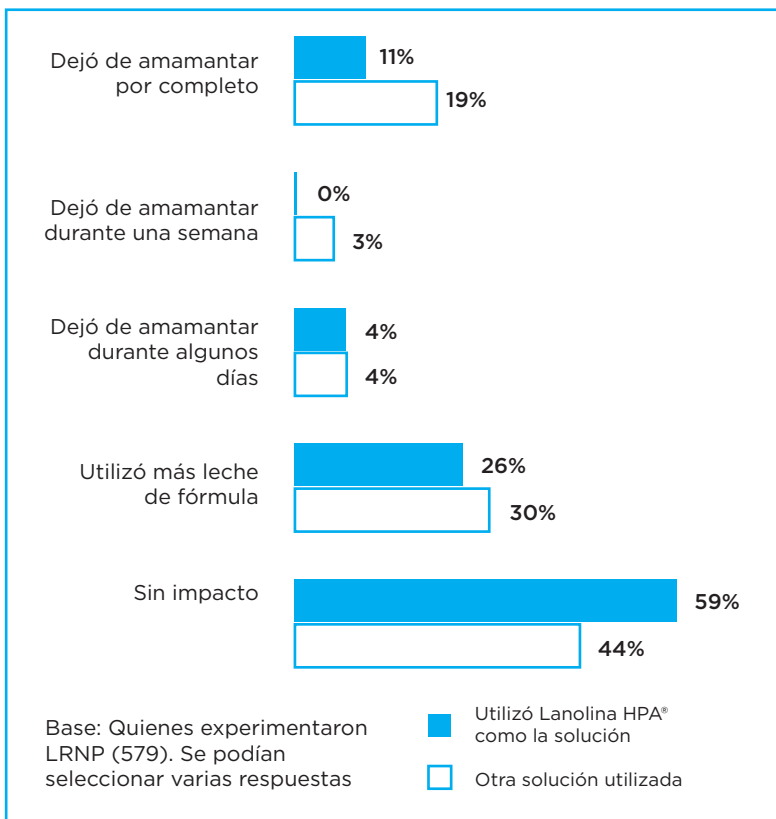


Figura 5. Incidencia del LRNP en el resultado de la lactancia materna cuando se utilizó Lanolina HPA® o cuando se utilizó una solución alternativa

como solución; el 11% de las madres que usaron Lanolina HPA® como solución dejó de amamantar por completo comparado con el 19% que no usó Lanolina HPA® (Figura 5). Además, de las madres que sufrían de LRNP pero continuaron amamantando sin impacto alguno, el 59% había usado Lanolina HPA® como una solución en comparación con el 44% de quienes utilizaron una solución alternativa (Figura 5).

Además, se analizaron los datos para ver si la elección de la solución utilizada para el LRNP tuvo algún efecto sobre cuánto tiempo persistieron los síntomas relacionados con este problema. Se comprobó que cuando se utilizó Lanolina HPA® como una solución para el LRNP, el síntoma persistía por menor tiempo (5,1 semanas comparado con 5,8 semanas cuando la Lanolina HPA® no fue una solución) (Tabla 2). Si se desglosan los síntomas relacionados con el LRNP de forma individual, la duración de cada síntoma se redujo consistentemente en aquellas madres que utilizaron la Lanolina HPA® como una solución. También se observó una diferencia significativa en la duración total de la lactancia que lograban las madres que padecían LRNP, dependiendo de la solución utilizada. Las madres que utilizaron Lanolina HPA® como su solución amamantaron por más tiempo; la duración promedio de la lactancia materna fue de 33,2 semanas en aquellas que utilizaron Lanolina HPA® comparada con una duración promedio de 26,5 semanas en quienes no la utilizaron (Tabla 2).

Discusión

Las madres enfrentan una serie de retos cuando establecen una relación duradera de lactancia con sus bebés, incluso si afrontan la maternidad ya con la decisión tomada de amamantar. Los problemas durante la lactancia provocan daños físicos en la epidermis del pezón, ocasionando de hecho una herida superficial y provocando dolor. A diferencia de otras heridas, que pueden cubrirse para permitir que sanen, el acto de amamantar provoca una agresión repetida al tejido dañado, lo que exacerba el problema, retrasa la curación y aumenta el dolor. Algunas causas de dolor en el pezón pueden corregirse si se logran la posición y el agarre adecuados o se soluciona la causa física o médica subyacente (Cadwell et al, 2004; Darmangeat, 2011; Kent, 2015). Sin embargo, muchas madres interrumpen la lactancia durante los primeros días y semanas después del parto debido al LRNP sin una clara causa subyacente.

Los datos presentados aquí son consistentes con los publicados previamente (IFF, 2013; Bourdillon, 2020) con una alta tasa de iniciación de la lactancia, seguida de una drástica disminución en la prevalencia de la lactancia en las semanas posteriores al parto. Se observaron diferencias en la duración de la lactancia materna en el grupo que únicamente amamantó (35 semanas de promedio) comparado con quienes

Tabla 2. Síntomas experimentados a causa del LRNP, duración de los síntomas y duración de la lactancia en madres que usaron Lanolina HPA® como la solución para el LRNP, y en madres que usaron una solución principal alternativa

Problema/síntoma	% de madres con problemas	Lanolina HPA® como solución				Otra solución utilizada			
		Comienzo del problema (promedio en semanas)	Fin del problema (promedio en semanas)	Duración del problema (promedio en semanas)	Duración de la lactancia materna (promedio en semanas)	Comienzo del problema (promedio en semanas)	Fin del problema (promedio en semanas)	Fin del problema (promedio en semanas)	Duración de la lactancia materna (promedio en semanas)
LRNP - todos los síntomas	76,5	1,9	7	5,1	33,2	1,3	7,1	5,8	26,5
LRNP - sensibilidad y dolor general en el pezón	75,5	1,9	6,5	4,6	33,5	1,3	7,3	6	26,2
LRNP - pezones agrietados	57,9	1,2	6,6	5,4	31,6	1,4	7,4	6	25,6
LRNP - enrojecimiento del pezón	28,8	0,9	7,3	6,4	31,9	1,4	8,4	7	27,2
LRNP - formación de costras	28,2	0,7	5,9	5,2	24,2	1,2	8,2	7	30,3
LRNP - exudado (viscosidad o sangrado) de los pezones	25,7	0,8	6,1	6,1	27,1	1,4	7,3	5,9	24,9

dieron alimentación mixta desde el parto (15 semanas de promedio). Esto es interesante pero no sorprendente, ya que es probable que las madres que usaron leche de fórmula junto con la lactancia materna desde el principio fueran también las que tenían más problemas. Por lo tanto, la introducción de la alimentación con leche de fórmula reduce el flujo de leche materna y hace que la lactancia sostenida sea aún más desafiante (Walker, 2015). Sin embargo, en lugar de considerar que la introducción de la leche de fórmula desde el parto contribuye a que se interrumpa la lactancia antes de lo previsto, un punto de vista alternativo es que, sin la alimentación mixta para complementar la leche materna durante las dificultades experimentadas en esos primeros días, la lactancia podría haberse visto interrumpida incluso antes o podría no haberse comenzado en absoluto.

El 68% de las 1.084 mujeres incluidas en el estudio informaron que experimentaron algunos problemas físicos relacionados con la lactancia materna. El LRNP fue el problema más común con mucha diferencia: el 76% de las madres con problemas lo habían experimentado (n=562), lo que representó el 52% del total de madres encuestadas. La congestión mamaria, la mastitis y los conductos obstruidos también se mencionaron

como problemas que experimentaron muchas de las encuestadas, mientras que la candidiasis, los conductos obstruidos, el pezón invertido y el absceso mamario fueron menos comunes. Es importante tener en cuenta que este estudio se centró en problemas físicos relacionados con el pecho en sí y no consideró los otros factores que pudieron haber afectado la capacidad de la madre para amamantar, como el dolor provocado por el parto en sí, los factores psicosociales o las presiones y retos socioeconómicos. Estos últimos son cada vez más reconocidos como factores que inciden en la duración de la lactancia (Li et al, 2008; IFF Research, 2013; Odom et al, 2013; Bourdillon et al, 2020).

El impacto del LRNP en el resultado de la lactancia fue notorio, dado que el 19% de las encuestadas informaron que esto las llevó a interrumpirla por completo, mientras que un 29% más dejó de amamantar durante un breve plazo y/o aumentó la alimentación con leche de fórmula. La mayoría de aquellas que interrumpieron por completo la lactancia, lo hicieron durante el primer mes. De las encuestadas, el 52% con LRNP informó la opción «sin impacto» en los resultados de la lactancia materna. En este contexto, la opción fue seleccionada por madres que continuaron amamantando a pesar del LRNP y sin cambiar su

método de alimentación infantil. En otro estudio publicado sobre el impacto que el dolor asociado al parto tiene en la lactancia materna, que fue realizado utilizando la misma metodología y con el mismo grupo demográfico encuestado, la encuesta incluyó una opción alternativa: «No tuvo impacto en la lactancia, pero afectó negativamente a mi salud mental» (Bourdillon et al, 2020). Casi el doble de las encuestadas seleccionó esta opción en comparación con la opción «sin impacto». Es posible que los problemas de lactancia que experimentó este grupo puedan haber provocado un impacto psicológico similar. Sin embargo, estos datos no fueron tomados en este estudio. Las encuestadas que habían experimentado LRNP buscaron ayuda e información en múltiples y variadas fuentes, incluidos profesionales de la salud, amigos, familiares e Internet. Cuando se les preguntó qué herramientas y soluciones habían utilizado para tratar su LRNP, la Lanolina HPA® fue la que se utilizó con mayor frecuencia (31%), seguida de las pezoneras (21%) y otras cremas para pezones (incluyendo Lanolina no HPA®) (20%). Algunas encuestadas enumeraron las múltiples soluciones que habían utilizado; sin embargo, no se recopilaron datos sobre si fueron utilizadas de manera sucesiva o al mismo tiempo. Cuando se analizaron los datos para investigar si la elección de la solución representó alguna diferencia en los resultados de la lactancia en quienes experimentaron LRNP, el efecto del uso de Lanolina HPA® fue sustancialmente positivo. Solo el 11% de las encuestadas con LRNP que utilizaron Lanolina HPA® como solución dejó de amamantar por completo, en comparación con el 19% que utilizó otras soluciones. Además, fueron más las encuestadas que experimentaron LRNP pero dijeron que esto no las hizo cambiar su método de alimentación y que estaban utilizando Lanolina HPA® como una solución más que cualquier otra cosa (59% que utilizó Lanolina HPA® comparado con el 44% que utilizó otra solución).

Cuando se les preguntó sobre los síntomas del LRNP, los síntomas que experimentaron las encuestadas que utilizaron Lanolina HPA® duraron menos que en aquellas que no lo hicieron. Además, las encuestadas que usaron Lanolina HPA® como solución para su LRNP amamantaron durante un promedio adicional de 6,7 semanas en comparación con aquellas que no la usaron (33,2 semanas comparadas con 26,5 semanas). Esto representa un aumento sustancial del 25% en la duración de la lactancia materna en comparación con aquellas que no usaron Lanolina HPA®, y un aumento del 19% en comparación con la duración promedio de 28 semanas para las 1,084 encuestadas.

Estos datos son muy interesantes teniendo en cuenta los resultados conflictivos y las conclusiones de estudios previos sobre el uso de la lanolina en problemas de lactancia. Varios

estudios han informado de un beneficio clínico similar cuando se utiliza Lanolina HPA®; Abou-Dakn y otros (2011) compararon el tratamiento con Lanolina HPA® y el tratamiento con leche materna, y descubrieron que el grupo que usó Lanolina HPA® experimentó una curación más rápida, con menos complicaciones, disminución del dolor y mejoría en el resultado de la lactancia a los 14 días, en comparación con el grupo que usó leche materna extraída. Un segundo estudio de Neto et al (2018) informó que el tratamiento del dolor y las lesiones en los pezones utilizando Lanolina HPA® logró mejores resultados que el tratamiento con leche materna, esta vez en siete días. Varios estudios más también han informado que la lanolina tiene un impacto positivo en los resultados clínicos de las lesiones en los pezones, lo que demuestra un beneficio comparado con otra solución (Brent et al, 1998, Tanchav et al, 2004; Coca et al, 2008); todos esos estudios excepto uno utilizaron Lanolina HPA®. Sin embargo, otros estudios no han informado de un beneficio clínico de la Lanolina HPA® con respecto a la solución de referencia o de control; en cambio sí notaron que la mejoría fue similar para todos los grupos de tratamiento (Cadwell, 2004; Dennis, 2014; Jackson and Dennis, 2017).

Un estudio realizado por Mohammedzadeh et al (2006) utilizó tres grupos de tratamiento; un grupo fue tratado con lanolina, uno con leche materna extraída y un grupo de control no recibió tratamiento alguno (aunque todos los grupos recibieron ayuda para corregir la técnica). El autor informó que el grupo que usó lanolina tardó más en mostrar una mejoría del dolor y las lesiones se curaron más lentamente que en el grupo que usó la leche materna o en el de control. Sin embargo, se les indicó a las participantes que lavasen el pezón antes de amamantar para quitar la lanolina (no se les solicitó esto a los otros grupos). Este paso innecesario significaba que los grupos ya no eran directamente comparables y, en realidad, el acto de lavar repetidamente el pezón lesionado pudo haber contribuido al retraso en la curación informado por este grupo.

Los datos aquí presentados demuestran la amplia gama de problemas relacionados con los pechos que sufren las madres recientes en el momento de establecer la lactancia. Esto es clave para entender por qué puede haber inconsistencias en los datos publicados sobre Lanolina HPA® y otras intervenciones para el cuidado de los pezones. Cada una de las madres incluidas en dichos estudios tendrán una amplia variedad de causas subyacentes que contribuirán a los problemas que están experimentando, siendo exclusivas de cada una de ellas. Por lo tanto, el éxito de cualquier solución para curar un pezón herido y ayudar a reducir el consiguiente dolor dependerá de una variedad de factores exógenos que no pueden ser controlados fácilmente; si no se identifica y soluciona la causa raíz del daño del

pezón, entonces la solución será menos efectiva. La educación en la técnica sirve para abordar esto; sin embargo, muchos factores de confusión, especialmente los relacionados con los aspectos fisiológicos de la madre o el bebé, son difíciles de identificar y pueden ser imposibles de erradicar por completo. Incluso algo tan simple como un aumento en el número de tomas por día, o una sola toma en donde la posición y el agarre del bebé al pecho fuesen inadecuados, podría incidir en el resultado de las madres individualmente y en las conclusiones posteriores de estudios comparativos, especialmente cuando el tamaño de la muestra es pequeño.

El tamaño sustancial de la muestra del presente estudio lo convierte en una instantánea valiosa de los desafíos físicos experimentados por las madres en el momento de establecer la lactancia y de cómo sintieron que esto afectó en sus resultados de lactancia. Al interpretar los resultados, se debe considerar la naturaleza retrospectiva del diseño del estudio; como los datos recogidos se basaron en la autoevaluación y en el recuerdo retrospectivo, existe la posibilidad de que las madres informaran sus experiencias de manera inexacta, una consideración a tener en cuenta en cualquier estudio basado en una encuesta retrospectiva. Cabe señalar que a las madres no se les preguntó si habían amamantado previamente. Si bien se sabe que esto influye en la experiencia de la lactancia, no se considera que haber omitido esta pregunta afecte a las conclusiones aquí presentadas. Es importante reconocer que algunos de los problemas del LRNP que informaron las mujeres en este estudio probablemente hayan tenido una causa subyacente que, de solucionarse, podría haber mejorado el problema. Sin embargo, es fundamental mencionar que las encuestadas mismas, observando retrospectivamente su experiencia de lactancia, identificaron el dolor en el pezón que estaban experimentando como LRNP, distinto de las otras causas médicas del dolor en el pezón que se presentaron como opciones.

La educación continua, el asesoramiento y el apoyo de los profesionales de la salud acerca de una posición y un agarre correctos del bebé son esenciales para tener un impacto positivo en el éxito de la lactancia materna. Sin embargo, este apoyo puede no estar siempre disponible o accesible en el momento preciso en que se lo necesita. La Lanolina HPA® es otra solución que se utiliza comúnmente en los primeros días y semanas de lactancia. Si bien la lanolina no tiene propiedades directas para aliviar el dolor de la misma manera que otras soluciones, tales como la terapia de frío/calor y las almohadillas de hidrogel, mejora efectivamente la causa del dolor, el pezón lastimado, al proporcionar una barrera oclusiva, manteniendo la humedad adecuada para que las lesiones sanen de manera natural

y, por lo tanto, disminuye el dolor que siente una madre a medida que su pezón se cura.

Para muchas mujeres, el LRNP que experimentaron no tenía una clara causa subyacente que pudiera ser «solucionada»: la posibilidad de amamantar con este dolor indefinidamente puede ser desalentadora o simplemente inmanejable. La falta de una razón definitiva para el dolor que están experimentando también puede generar sentimientos de culpa o fracaso en un momento en que la salud mental materna es frágil. Curiosamente, algunos de los estudios que informaron que no había superioridad en el uso de Lanolina HPA® con respecto al tratamiento de referencia para curar o poner fin al dolor, revelaron que las mujeres que utilizaron Lanolina HPA® estaban más satisfechas con su experiencia de lactancia y estaban más satisfechas con su tratamiento (Dennis et al, 2014; Jackson and Dennis, 2017). Para las madres recientes, las soluciones y el asesoramiento son fundamentales para ayudarles a atravesar sus problemas de lactancia y así poder amamantar durante el tiempo que lo deseen. Los datos aquí presentados indican que la Lanolina HPA® es una solución clave utilizada por las madres en el tratamiento del LRNP y que es percibida como la solución que tiene un efecto positivo significativo en los síntomas físicos y el dolor relacionados con las lesiones en el pezón. Se asoció además el uso de Lanolina HPA® al aumento considerable de la duración de la lactancia, lo cual, en definitiva, ayuda a las mujeres a lograr sus metas personales de amamantamiento y mejora la tasa general de lactancia. **BJM**

Agradecimientos: Los autores agradecen a Mumsviews Ltd. por la realización y gestión de la encuesta en línea y la recopilación de datos para este estudio.

Revisión: Este artículo fue objeto de una revisión por pares doble ciego y fue aceptado para su publicación el 1 de junio de 2020.

Puntos clave

- Muchas mujeres experimentan dolor en el pezón asociado al agarre (LRNP) al establecer la lactancia: dolor en el pezón sin una clara causa subyacente
- La Lanolina HPA® fue la solución más utilizada para tratar las causas del LRNP; proporciona una barrera oclusiva y permite mantener la humedad adecuada para que las lesiones sanen de manera natural
- Las madres que utilizaron Lanolina HPA® percibieron que esta tenía un efecto positivo significativo en los síntomas físicos y el dolor vinculado con las lesiones en el pezón
- Se relacionó el uso de Lanolina HPA® con un aumento del 25% en la duración total de la lactancia comparado con el uso de otras soluciones para tratar su LRNP

Referencias

- Abou-Dakn M, Fluhr JW, Gensch M, Wöckel A. Positive effect of HPA® lanolin versus expressed breastmilk on painful and damaged nipples during lactation. *Skin Pharmacology and Physiology*. 2011; 24(1):27–35. <http://doi.org/10.1159/000318228>
- Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Bennett CM, Cullinane M, Payne MS. Does candida and/or Staphylococcus play a role in nipple and breast pain in lactation? A cohort study in Melbourne, Australia. *BMJ Open*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002351>
- Bourdillon K, McCausland T, Jones S. The impact of birth-related injury and pain on breastfeeding outcomes. *British Journal of Midwifery*. 2020; 28(1):52–61. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.1.52>
- Brent N, Rudy SJ, Redd B, Rudy TE, Roth LA. Sore nipples in breast-feeding women: a clinical trial of wound dressings vs conventional care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1998; 152(11):1077–1082. <https://doi.org/10.1001/archpedi.152.11.1077>
- Büyükyavuz B, Savas Ç, Duman L. Efficacy of lanolin and bovine type I collagen in the treatment of childhood anal fissures: a prospective, randomized, controlled clinical trial. *Surg Today*. 2010; 40:752–756. <https://doi.org/10.1007/s00595-009-4141-3>
- Cadwell K, Turner-Maffei C, Blair A, Brimdyr K, Maja McInerney Z. Pain reduction and treatment of sore nipples in nursing mothers. *Journal of Perinatal Education*. 2004; 13:29–30
- Chvapil M, Gaines JA, Gilman T. Lanolin and epidermal growth factor in healing of partial-thickness pig wounds. *Journal of Burn and Care Research*. 1988; 9(3):279–284. <https://doi.org/10.1097/00004630-198805000-00009>
- Coca KP, Abrá AC. An evaluation of the effect of lanolin in healing nipple injuries. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008; 21(1):11–16. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000100002>
- Darmangeat V. The frequency and resolution of nipple pain when latch is improved in a private practice. *Clin Lact*. 2011; 2: 22-24
- Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Review*. 2014; 12
- De Oliveira LD, Giugliani ER, do Espirito Santo LC, Franca MC, Weigert EM, Kohler CV, de Lourenzi Bonilha AL. Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems. *Journal of Human Lactation*. 2006; 22:315–321. <https://doi.org/10.1177/0890334406290221>
- LactMed. Drugs and lactation database. 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501842/> (accessed 9 April 2020)
- Harris I, Hoppe U, Lansolin. Dry skin and moisturizers: chemistry and function. In: *Marie Lodén M, Howard I (eds). FL: CRC Press; 2000*
- Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth*. 2001; 28:236–242. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00236.x>
- IFF Research. Infant feeding survey, 2010. UK Data Service. 2013. <http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-7281-2>
- Jackson K, Dennis C. Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Maternal and Child Nutrition*. 2016. 13(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12357>
- 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. *Int J Environ Res Public Health*. 12(10):12247–12263. <https://doi.org/10.3390/ijerph121012247>
- Kligman A. Introduction. Dry skin and moisturizers: chemistry and function. In: *Lodén M, Howard I (eds). FL: CRC Press; 2000*
- Labarere J, Bellin V, Fourny M, Gagnaire JC, Francois P, Pons JC. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: a prospective randomised open trial. *BJOG*. 2003; 110:847–852. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2003.02539.x>
- L'Esperance, CM. Pain or pleasure: the dilemma of early breastfeeding. *Birth*. 1980; 7:21–26. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1980.tb01361.x>

Preguntas reflexivas para DPC

- Los problemas de lactancia y el dolor en el pezón son más comunes en las etapas más tempranas del período posparto. ¿Se cerciora de que una madre reciente sea guiada hacia fuentes de apoyo e información para que así sepa a quién acudir tan pronto como tenga un problema?
- Cuando la causa subyacente del dolor en el pezón no es clara, puede provocar sentimientos de culpa o fracaso cuando la salud mental materna es frágil. ¿Qué preguntas abiertas podría hacer para asegurarse de que una mujer le comparta todas sus preocupaciones?
- La Lanolina HPA® es una de las muchas soluciones disponibles para ayudar a las madres a resolver el LRNP. ¿Ofrece orientación de manera proactiva acerca de las soluciones más apropiadas para los problemas de lactancia específicos de una mujer?
- La interrupción prematura de la lactancia fue particularmente frecuente en madres que iniciaron la alimentación mixta desde el parto. ¿Brinda apoyo adicional a estas madres para ayudarlas a continuar amamantando?

Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. 2008; 122(2):S69–S76. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1315i>

Mannel R, Martens PJ, Walker M. Core Curriculum for Lactation Consultant Practice, 2nd edn. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2008.

McClellan HL, Geddes DT, Kent JC, Garbin CP, Mitoulas LR, Hartmann PE. Infants of mothers with persistent nipple pain exert strong sucking vacuums. *Acta Paediatr*. 2008; 97: 1205–1209. <http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00882.x>

Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2000; 126:36–39. <http://doi.org/10.1001/archotol.126.1.36>

Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2005; 34(4):428–437. <https://doi.org/10.1177/0884217505276056>

Neto MC, de Albuquerque RS, de Souza SC, Giesta RO, Fernandes APS, Mondin B. Comparative study of the use of hpa lanolin and breast milk for treating pain associated with nipple trauma. *Revista Brasileira de Ginecologiae Obstetricia*. 2018; 40(11):664–672. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1675180>

Odom E, Li R, 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>

Perrella SL, Lai CT, Geddes DT. Case report of nipple shield trauma associated with breastfeeding an infant with high intra-oral vacuum. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15(155). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0593-1>

Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth*. 1998; 25: 40–44. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.1998.00040.x>

Snyder JB. Bubble palate and failure to thrive: a case report. *Journal of Human Lactation*. 1997; 13: 139–143. <https://doi.org/10.1177%2F089033449701300215>

Tait P. Nipple pain in breastfeeding women: causes, treatment, and prevention strategies. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2000; 45:212–215. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(00\)00011-8](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(00)00011-8)

Tanchev S, Vulkova S, Georgieva V, Gesheva Iu, Tsvetkov M. Lansinoh in the treatment of sore nipples in breastfeeding women. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2004; 43(3):27-30

Walker M. Conquering common breast-feeding problems. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2008; 22: 267–274. <https://doi.org/10.1097/01>

JPN.0000341356.45446.23

Walker M. Formula supplementation of breastfed infants: helpful or hazardous? *ICAN: Infant, Child, and Adolescent Nutrition*. 2015; 7(4):198–207. <https://doi.org/10.1177%2F1941406415591208>

World Health Organization. Exclusive breastfeeding. 2020. https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/ (accessed 9 April 2020)

Witkowska-Zimny M, Kaminska-El-Hassan E, Wróbel E. Milk therapy: unexpected uses for human breast milk. *Nutrients*. 2019; 11(5):944. <https://doi.org/10.3390/nu11050944>

