



Best Practice

Informazioni evidence based per la pratica della professione infermieristica

Dolore e lesioni del capezzolo durante l'allattamento

Questo numero di *Best Practice* si basa su una revisione sistematica pubblicata da Joanna Briggs Institute intitolata "Dolore e lesioni del capezzolo durante l'allattamento". I riferimenti bibliografici di questa pubblicazione sono gli stessi della revisione, disponibile on line all'indirizzo www.joannabriggs.edu.au.

Premessa

Il dolore e le lesioni del capezzolo sono le complicanze più rilevanti delle prime settimane di maternità. L'incidenza varia tra il 34 e il 96%; a causa di queste complicanze un terzo delle donne passa all'allattamento artificiale entro le prime 6 settimane dal parto. L'allattamento al seno non solo è importante per la crescita e il benessere del bambino ma anche per la salute della mamma. Ci sono molte opinioni sulla durata ottimale dell'allattamento al seno, ma l'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda di alimentare il bambino solo con l'allattamento per i primi 6 mesi e di continuare integrando con altri alimenti fino ai 2 anni.

I fattori che possono influire sulla scelta di allattare al seno sono complessi e a volte tra loro dipendenti:

- ▶ lo stato socio-economico;
- ▶ la disponibilità di sostegno sociale;
- ▶ il grado di istruzione;

- ▶ l'andamento della gravidanza, del parto e del periodo post parto;
- ▶ il dolore e le lesioni del capezzolo.

Il riconoscimento e la cura delle cause di dolore del capezzolo possono aiutare la neomamma a vivere l'allattamento come esperienza positiva e sostenerla a continuarlo senza passare al latte artificiale.

Le donne che hanno già di base dolore al capezzolo dovrebbero essere trattate con interventi appropriati possibilmente basati su prove di efficacia.

Obiettivi

L'obiettivo di questo *Best Practice* è determinare l'efficacia degli inter-

| | | |
|---|----------------------------------|---|
| ➤ | Trattamento | 3 |
| ➤ | Ricadute sulla pratica | 4 |
| ➤ | Raccomandazioni | 5 |

venti usati per prevenire o ridurre il dolore e le lesioni del capezzolo in donne che stanno allattando.

Prevenzione

Corsi pre parto

Uno studio randomizzato (158 donne primipare) ha confrontato un corso pre parto standard con una ulteriore lezione individuale di 30 minuti entro le prime 24 ore dalla nascita.³

Livelli delle prove

Tutti gli studi sono considerati in base alla forza delle prove classificate secondo i livelli riportati di seguito:

| | |
|----------------------|--|
| Livello I | Prova ottenuta da una revisione sistematica di studi randomizzati, tutti rilevanti. |
| Livello II | Prova ottenuta da almeno uno studio randomizzato ben progettato. |
| Livello III.1 | Prova ottenuta da studi ben progettati ma non randomizzati. |
| Livello III.2 | Prova ottenuta da studi di coorte o studi analitici caso-controllo ben progettati, preferibilmente condotti da più centri piuttosto che da un singolo centro o da un solo gruppo di ricerca. |
| Livello III.3 | Prova ottenuta da serie di casi con o senza intervento. Risultati eclatanti in sperimentazioni non controllate. |
| Livello IV | Opinioni di esperti basate su esperienza clinica, studi descrittivi o relazioni di commissioni di esperti. |

La posizione della donna e la tecnica di allattamento sono state valutate durante la lezione e nei giorni successivi in ospedale.

Lesioni del capezzolo

Non sono state segnalate differenze significative tra i 2 gruppi nel numero di lesioni del capezzolo di qualunque gravità (in prevalenza ragadi).

Dolore del capezzolo

Il secondo e il terzo giorno dopo il parto è stata osservata una riduzione significativa del dolore nel gruppo che ha seguito la lezione.

Allattamento

Non sono emerse differenze significative tra i 2 gruppi nella durata dell'allattamento nei vari momenti di follow up, ma le donne che avevano seguito il corso e che stavano ancora allattando al terzo e al sesto mese erano meno soddisfatte rispetto al controllo ($P < 0,003$).

Confronto tra impacchi con tè, acqua, latte ed educazione sanitaria

Uno studio randomizzato (73 donne primipare) ha confrontato 4 interventi (educazione sanitaria, impacchi con tè tiepido, con acqua, massaggio con latte materno lasciato asciugare all'aria, gli ultimi 3 da praticare 4 volte al giorno dopo la poppata).⁴

A tutte le donne sono state date indicazioni scritte e verbali sull'allattamento. Gli esiti sono stati valutati quotidianamente per 7 giorni.

Lesioni del capezzolo

Non sono state trovate differenze significative.

Dolore del capezzolo

Il gruppo che aveva usato il latte materno aveva il punteggio medio più alto per comparsa e intensità del dolore, il gruppo trattato con acqua tiepida aveva il punteggio più basso ma tale differenza non era statisticamente significativa.

Allattamento

Tutti i bambini succhiavano con energia, non è comunque stata osservata una relazione tra forza della suzione e dolore.

Confronto tra impacchi con acqua tiepida, massaggi con latte, lanolina ed educazione sanitaria

Uno studio randomizzato (177 donne primipare) ha confrontato 4 interventi (impacchi con acqua tiepida, massaggi con latte lasciato asciugare all'aria, educazione sanitaria, applicazione di lanolina anidra o modificata).⁵

Dolore del capezzolo

In tutte le donne il punteggio di dolore e sofferenza era più alto il quarto giorno. Il gruppo che ha utilizzato impacchi di acqua tiepida aveva intensità di dolore e sofferenza più basse tra il settimo e il quattordicesimo giorno.

Allattamento

Il numero di donne che allattava alla sesta settimana era simile (rispettivamente 70,45% per gli impacchi, 62,22% per i massaggi, 61,36% per l'educazione e 56,81% per la lanolina).

Nessun trattamento si è dimostrato più efficace degli altri. In particolare, gli autori hanno concluso che la lanolina non è più efficace degli impacchi di acqua tiepida.

Confronto tra impacchi con acqua tiepida, massaggi con latte e non trattamento

E' stato condotto uno studio randomizzato su 90 donne primipare. Le donne sono state suddivise in 3 gruppi: quelle del primo hanno applicato impacchi con acqua tiepida sopra e intorno al capezzolo 4 volte al giorno dopo aver allattato; quelle del secondo hanno lasciato sul capezzolo un po' di latte materno facendolo asciugare all'aria e quelle del terzo dovevano solo pulire e asciugare il capezzolo.

Lesioni del capezzolo

Nel terzo gruppo (non trattamento) si sono formate più lesioni (differenza statisticamente significativa) al primo giorno ma meno dal secondo al decimo. Le lesioni si rimarginavano più velocemente nel gruppo che utilizzava il latte.

Dolore del capezzolo

Non sono state riportate differenze significative per il dolore fra i 3 grup-

pi e tutte le donne hanno avuto più dolore il terzo giorno.

Lanolina e latte materno

E' stato condotto uno studio su 23 donne alle quali è stato chiesto di lasciare sui capezzoli dopo la poppata un po' di latte materno o colostro e di farlo asciugare all'aria o di applicare lanolina idrata (attualmente non più in commercio per il ritrovamento di residui di pesticidi).⁷

Lesioni del capezzolo

Tutte le donne hanno riportato lesioni del capezzolo. L'arrossamento dell'areola era il sintomo più comune. Gli autori dello studio hanno riportato una associazione fra lesioni e ingorgo mammario ($P < 0,02$). L'aumento del rischio di lesioni potrebbe essere collegato alla difficoltà del bambino di attaccarsi al capezzolo diventato più duro.

Dolore del capezzolo

Tutte le donne hanno riferito il dolore più intenso il terzo giorno dopo il parto.

Questi risultati devono essere valutati con cautela perché il campione era di piccole dimensioni e 19 donne prima del parto avevano usato prodotti per trattare i capezzoli, fattore che potrebbe avere influenzato i risultati.

Spray

Uno studio clinico (200 donne) ha confrontato 2 spray,⁸ prima e dopo ogni poppata. Il gruppo di controllo veniva trattato con placebo o con acqua distillata, mentre l'altro gruppo con clorexidina allo 0,2% in alcol.

Lesioni del capezzolo

In entrambi i gruppi è stata osservata una riduzione significativa della gravità e dell'incidenza delle lesioni ($P < 0,01$) dalla prima alla quarta settimana.

Dolore del capezzolo

Le donne che avevano un leggero dolore hanno osservato in entrambi i gruppi un miglioramento dalla prima alla quarta settimana (riduzione del dolore nel gruppo di controllo dal 36 al 9%, nel gruppo trattato con clorexidina dal 23 allo 0%).

La riduzione del dolore era significativamente più alta nel gruppo trattato rispetto al controllo ($P < 0,01$).

Allattamento

Quarantanove donne hanno interrotto l'allattamento prima della fine dello studio (4 settimane), 18 su 100 nel gruppo trattato con clorexidina e 31 su 100 nel gruppo di controllo.

Dolore e ragadi del capezzolo sono state la causa dell'interruzione per 3 donne su 18 (gruppo clorexidina) e per 11 donne su 31 (gruppo di controllo). L'interruzione dell'allattamento è stata più frequente fra la terza e la quarta settimana.

Confronto tra spray con o senza pomata e non trattamento

Uno studio randomizzato (219 donne, primipare o multipare) ha confrontato lo spray associato o meno all'uso di pomate rispetto al non trattamento.⁹ Le donne sono state suddivise in maniera randomizzata. Quelle del gruppo di controllo venivano trattate secondo le abitudini del reparto dove erano ricoverate, le altre usavano spray e pomata, ma nessun altro metodo fisico, chimico o meccanico (paracapezzoli o altre protezioni).

Lesioni del capezzolo

Si sono avute diverse lesioni del capezzolo, dall'eritema alle ragadi, nel 34% delle donne del gruppo di controllo e nel 27% delle donne del gruppo in trattamento.

Dolore del capezzolo

Tutte le donne hanno avuto dolore. Gli autori dello studio affermano che l'uso del ciuccio (alla dimissione $P < 0,05$) o del biberon (alla seconda settimana $P < 0,05$) si associava a una maggiore incidenza di dolore del capezzolo.

Allattamento

Alla dimissione la maggioranza dei bambini veniva allattata al seno. Dopo 2 settimane la percentuale di bambini allattati era diminuita (interruzione dell'allattamento: 17/85 donne nel gruppo di controllo, 24/111 donne nel gruppo in trattamento). Nessuna donna ha interrotto l'allattamento per il dolore.

Definizioni

LATCH è uno strumento di valutazione considerato utile e affidabile per stabilire se la posizione del bambino durante l'allattamento è corretta; oltre alla posizione valuta anche il rumore della deglutizione, la tipologia del capezzolo, il grado di benessere e l'assistenza che ha la mamma.

Lo spray non è risultato più efficace rispetto al non trattamento.

Confronto tra medicazioni in pellicola e non trattamento

Uno studio randomizzato (50 donne, primipare o multipare) ha valutato l'efficacia delle medicazioni in pellicola rispetto al non trattamento.¹⁰

Le donne trattate utilizzavano pellicole a base di polietilene, prodotte *ad hoc* per questo studio ed erano controlli di se stesse in quanto veniva randomizzata al trattamento una sola mammella.

Lesioni del capezzolo

Le donne che utilizzavano la pellicola hanno avuto meno lesioni ($P < 0,001$).

Dolore del capezzolo

L'uso delle medicazioni in pellicola non riduce il dolore del capezzolo. Il 94% delle donne ha avuto dolore; il disagio associato alla rimozione della pellicola potrebbe spiegare l'abbandono dello studio nel 16% delle donne.

Trattamento

Confronto tra impacchi con tè, acqua, latte e non trattamento

Uno studio randomizzato (65 primipare) ha confrontato 3 interventi: impacchi con tè tiepido, impacchi con acqua tiepida e non trattamento tranne asciugare bene il capezzolo.¹¹

Lesioni del capezzolo

Non è emersa una relazione chiara tra lesione osservabile e dolore del capezzolo.

Dolore del capezzolo

Hanno avuto meno dolore (differenza statisticamente significativa) le donne che utilizzavano gli impacchi rispetto a quelle non trattate, mentre

non c'era alcuna differenza tra impacchi con acqua o con tè.

Non è possibile trarre conclusioni da questo studio a causa delle piccole dimensioni del campione. Gli autori consigliano di non usare gli impacchi di tè come trattamento di prima scelta perché potrebbe modificare il sapore e l'odore del capezzolo.

Confronto tra gel idrofili e paracapezzoli con lanolina

Uno studio randomizzato su 42 donne (primipare o multipare) con dolore del capezzolo ha confrontato medicazioni di idrogel con quelle a base di lanolina associate all'uso dei paracapezzoli.¹²

Lesioni del capezzolo

In entrambi i gruppi si è avuta una riduzione delle lesioni ($P < 0,001$).

Dolore del capezzolo

Entrambi i gruppi hanno avuto meno dolore del capezzolo e da poppata ($P < 0,001$). Il gruppo che utilizzava la lanolina ha avuto meno dolore da poppata ($P < 0,005$).

Posizione e attaccamento

Durante il follow up non sono emerse differenze significative tra i 2 gruppi, ma in entrambi è migliorata la tecnica di allattamento ($P < 0,001$).

Allattamento

Al follow up è aumentata in modo significativo la soddisfazione per l'allattamento ($P < 0,001$).

Lo studio è stato interrotto precocemente per l'alta incidenza di infezione nel gruppo trattato con idrogel (7/21, $P < 0,05$).

Confronto tra paracapezzoli e non trattamento

In uno studio quasi sperimentale su 20 donne con dolore del capezzolo da allattamento è stato confrontato l'uso continuato per 4 giorni del paracapezzolo in una mammella e il non trattamento nell'altra.¹³

Dolore del capezzolo

Il dolore più intenso è stato segnalato durante i primi 2 minuti di allattamento, in particolare in seconda giornata, in entrambi i gruppi.

Confronto tra tecnica di allattamento, pomata di mupirocina, pomata di acido fusidico e cloxacillina più eritromicina per bocca

Uno studio randomizzato ha confrontato 4 trattamenti su mamme con dolore del capezzolo, ragadi e positività costante allo *Staphylococcus aureus*.¹⁴ Le donne sono state suddivise in maniera randomizzata: il primo gruppo ha ricevuto un depliant sulle tecniche di allattamento, il secondo ha seguito un trattamento topico con pomata di mupirocina al 2%, il terzo con pomata di acido fusidico e il quarto ha preso un antibiotico per bocca (cloxacillina più eritromicina, 500 mg ogni 6 ore per 10 giorni).

Lesioni del capezzolo

Tutte le donne all'inizio dello studio avevano ragadi, fissurazioni e lesioni del capezzolo con o senza essudato. All'esame colturale il 31% aveva una crescita scarsa di *Staphylococcus aureus*, il 18% aveva una crescita moderata e il 51% aveva una crescita importante.

Dolore del capezzolo

Alla valutazione iniziale il 7% delle donne aveva dolore lieve, il 63% moderato e il 30% intenso.

Lo studio era di piccole dimensioni ed è stato interrotto per gli alti tassi di insuccesso con dolore persistente, prolungati tempi di guarigione e alto rischio di mastite nei gruppi non trattati con antibiotici per bocca. Il ri-

schio di mastite era del 25% nelle donne non trattate per via sistemica, rispetto al 5% nelle altre.

Ricadute sulla pratica

- ▶ Gli antibiotici per via sistemica riducono il rischio di mastite in donne positive per stafilococco aureo (livello II).
- ▶ Le medicazioni in pellicola riducono le lesioni, anche se il trattamento non ha riscosso un alto tasso di gradimento (livello II).
- ▶ L'uso del ciuccio e del biberon è stato associato a un aumento del dolore del capezzolo (livello II).
- ▶ E' stata osservata una relazione tra ingorgo mammario e lesioni del capezzolo. L'aumento del rischio di lesioni potrebbe essere collegato alla difficoltà del bambino di attaccarsi al capezzolo diventato più duro (livello II).

Sono comunque necessari altri studi per confermare i risultati, poiché alcune raccomandazioni si basano su singoli studi.

Bibliografia

1. Page T, Lockwood C, Guest K. The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding: a systematic review. Joanna Briggs Institute Reports.
2. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines, Canberra. National Health and Medical Research Council 1999.
3. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Post-

partum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. Birth 2001;28:236-42.

4. Buchko BL, Pugh LC, Bishop BA et al. Comfort measures in breastfeeding, primiparous women. Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing 1994;23:46-52.
5. Pugh LC, Buchko BL, Bishop BL et al. A comparison of topical agents to relieve nipple pain and enhance breastfeeding. Birth 1996;23:88-93.
6. Akkuzu G, Taskin L. Impacts of breast-care techniques on prevention of possible postpartum nipple problems. Professional-Care-of-Mother-and-Child 2000; 10:38-9.
7. Hewat RJ, Ellis DJ. A comparison of the effectiveness of two methods of nipple care. Birth 1987;14:41-5.
8. Herd B, Feeney J. Two aerosol sprays in nipple trauma. Practitioner 1986;230:31-8.
9. Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, et al. Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. Journal of Human Lactation 1999;15:125-30.
10. Ziemer MM, Cooper DM, Pigeon JG. Evaluation of a dressing to reduce nipple pain and improve nipple skin condition in breastfeeding women. Nursing Research 1995; 44:347-51.
11. Laverne NA. Does application of tea-bags to sore nipples while breastfeeding provide effective relief? Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing 1997;26:53-8.
12. Brent N, Rudy S, Redd B et al. Sore nipples in breast-feeding women: a clinical trial of wound dressings vs conventional care. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 1998;152:1077-82.
13. Gosha JL, Tichy AM. Effect of a breast shell on postpartum nipple pain: an exploratory study. Journal of Nurse-Midwifery 1988; 33:74-77.
14. Livingstone V, Stringer LJ. The treatment of staphylococcus aureus infected sore nipples: a randomized comparative study. Journal of Human Lactation 1999;15:241-6.

RACCOMANDAZIONI ►

Raccomandazioni

Queste raccomandazioni si basano sui risultati statisticamente significativi emersi nella revisione. Sono necessari studi ulteriori per confermare questi risultati in quanto la maggior parte delle raccomandazioni si basano su singoli studi. Il dolore e le lesioni del capezzolo possono essere trattati anche con altri interventi, ma finché non vengono condotti studi appropriati ben progettati l'efficacia di questi trattamenti (da soli o in associazione) non può essere valutata.

Prevenzione del dolore e delle lesioni del capezzolo

1. Per ridurre il dolore sono raccomandati gli impacchi con acqua tiepida (livello II).

2. Per prevenire le ragadi si raccomanda di mantenere il capezzolo pulito e asciutto (livello II).

Trattamento del dolore e delle lesioni del capezzolo

1. Per ridurre il dolore si raccomandano impacchi con acqua tiepida o tè (livello II).
2. Non sono raccomandate le medicazioni di idrogel per l'alto tasso di infezione (livello II).
3. Il massaggio con latte materno favorisce la guarigione delle ragadi (livello II).

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery

Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000.

www.joannabriggs.edu.au tel.: (08) 8303 4880, fax: (08) 8303 4881

Pubblicato da Blackwell Science-Asia

Questa serie di *BestPractice*

è distribuita in collaborazione con:



Ringraziamenti

Questo numero di *Best Practice* è stato condotto dal Centre for evidence based nursing South Australia (CENSA), centro che collabora con il Joanna Briggs Institute. La revisione sistematica su cui si basa questo numero è stata condotta sotto la guida di un gruppo di esperti coordinato da Tamara Page insieme a Craig Lockwood e Kylie Guest.

Il CENSA ha il piacere di ringraziare il Joanna Briggs Institute e il gruppo di esperti che ha svolto un ruolo di consulenza durante la revisione. I membri del gruppo di revisione sono: Ann Henderson, consulente del Women's and children's hospital, Chris McKoy, direttore del Ashford Hospital, Margo Canino, consulente del Queen Elizabeth Hospital, Jill Bruce, Lactation consulente del Flinders medical Centre, Caroline Lawlor Smith, medico di medicina generale, Ellen McIntyre, ricercatore senior del Fellow, Department of General Practice, Flinders Medical Centre. Questa revisione è stata anche sottoposta a *peer review* da esperti nominati da centri che collaborano con il Joanna Briggs Institute.

Per la versione italiana:

Traduzione: Dila Parma

Centro studi Evidence based nursing

Azienda ospedaliera universitaria di Bologna –

Policlinico S. Orsola Malpighi, www.evidencebasednursing.it

Redazione:

Zadig srl, via Calzecchi 10, 20133 Milano, www.zadig.it

e-mail: segreteria@zadig.it – tel.: 02 7526131 – fax: 02 76113040

Direttore editoriale: Pietro Dri

Redazione: Nicoletta Scarpa

Grafica: Luigi Bona

Le procedure descritte in *BestPractice* devono essere usate solo da personale esperto. L'applicabilità di ogni informazione deve essere valutata caso per caso. E' stata posta molta attenzione nell'assicurare che questo numero di *BestPractice* consideri tutte le ricerche disponibili e l'opinione di esperti; è esclusa ogni responsabilità in caso di danni, costi o spese subite o incorse come conseguenza dell'utilizzo delle procedure qui discusse.