

Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria

Mario Moraes ¹, Lucia Da Silva ², Betina Faliú ², Claudio Sosa ³

Resumen

Antecedentes: el dolor al amamantar y las grietas en el pezón se reporta frecuentemente durante la alimentación a pecho. Se refiere habitualmente relación causal entre la técnica al amamantar y trauma en el pezón.

Objetivo: descripción y análisis de la técnica de alimentación a pecho y la presencia de grietas en el pezón previa al alta hospitalaria.

Material y método: se realizó un estudio de corte transversal, prospectivo del 1 de octubre de 2009 a 31 de enero de 2010 con una población de madres que se encontraban en alojamiento conjunto previo al alta hospitalaria, con recién nacidos sanos con más de 38 semanas de edad gestacional y más de 2.500 g al nacer.

Resultados: se incluyeron 204 madres y bebés. La media de edad materna fue 24,0 años (DE 6,63). La edad gestacional de los recién nacidos fue de 39 semanas (DE 1). El peso al nacer fue de 3.024 g (DE 380). Correspondieron al sexo masculino 114 recién nacidos (56%). La frecuencia de complicaciones fue del 76,5%, con 56,3% de dolor al amamantar y 40,1% de grietas en el pezón. Se encontró asociación entre

las alteraciones de la posición al amamantar con un OR de 4,78 (IC95% 2,22-10,29) para una técnica con uno o dos parámetros negativos y OR de 7,22 (IC95% 2,34-22,24) para la presencia de 3 o más parámetros incluyendo alteraciones en la toma del pezón por el bebé. Tener grietas en embarazos anteriores se asoció con la aparición de grietas en el embarazo actual con un OR de 3,91 (IC95% 1,66-9,35). Tener hijos previos reduce la aparición de complicaciones OR de 0,31 (IC95% 0,13-0,77).

Conclusiones: la frecuencia de complicaciones de la lactancia es elevada previa al alta hospitalaria y se asocia a la primiparidad. Se observó asociación entre las alteraciones de la posición al amamantar; dificultades en la toma del pezón y la succión por parte del bebé con la aparición de grietas del pezón. Los antecedentes de grietas en el pezón en embarazos anteriores se asocian con grietas en el embarazo actual.

Palabras clave: LACTANCIA MATERNA
PEZONES-lesiones
DOLOR
CONDUCTA EN LA LACTANCIA
RECIÉN NACIDO
LACTANTE

1. Profesor Adjunto de Neonatología, Facultad de Medicina, Centro Hospitalario Pereira Rossell. UDELAR.

2. Licenciadas Obstetras Parteras, Facultad de Medicina, UDELAR.

3. Prof. Adjunto de Ginetocología, Facultad de Medicina, Centro Hospitalario Pereira Rossell. UDELAR.

Escuela de Parteras, Departamento de Neonatología, Clínica Ginecológica C. Facultad de Medicina, UDELAR. Hospital de la Mujer Luisina Luisi. Bulevar Artigas 1100. Montevideo, Uruguay

Fecha recibido: 18 de noviembre de 2010.

Fecha aprobado: 15 de marzo de 2011.

Summary

Background: *pain from nursing and the cracks in the nipple is reported frequently during breast feeding. It is usually referred to causal relationship between the nursing technique and trauma to the nipple.*

Objective: *description and analysis of the technique of breast feeding and the presence of cracks in the nipple prior to hospital discharge.*

Materials and methods: *a study of cross-sectional, prospective cut was conducted from October 1, 2009 to January 31, 2010 with a population of mothers who were in joint accommodation prior to discharge from hospital with healthy newborn babies with more than 38 weeks of gestational age and more than 2500 g birth weight.*

Results: *204 mothers and babies were included. The average maternal age was 24.0 years (6.63). The gestational age of the newborn infants was 39 weeks (from 1). Weight at birth was 3024 g (of 380). 114 were male newborn infants (56%). The frequency of complications was 76.5%, with 57.3% of nursing pain and 40.1 per cent from cracks in the nipple. We found an association between changes in the breastfeeding position with a 4.78 OR (95 2.22-10.29%) for a technical OR of 7.22 and one or two negative parameters (95 2.34-22.24%) for the presence of 3 or more parameters including alterations in nipple made by the baby. Having cracks in previous pregnancies was associated with the appearance of cracks in the current pregnancy with a 3.91 OR (95% 1.66-9.35). Having previous children reduces the occurrence of complications OR of 0.31 (95% 0.13-0.77).*

Conclusions: *the frequency of breastfeeding complications is high prior to hospital discharge, and is associated with primiparity. Association between changes in the breastfeeding position was observed; difficulties in the baby taking the nipple and suction with the appearance of cracks in the nipple. The history of cracks in the nipple in previous pregnancies is associated with cracks in the current pregnancy.*

Key words: BREAST FEEDING
NIPPLES-injuries
PAIN
SUCKING BEHAVIOR
INFANT, NEWBORN
INFANT

Introducción

Existe amplio consenso sobre los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida tanto a la madre como a su hijo ⁽¹⁾. A pesar de ello, muchas mujeres no logran instalar una lactancia exclusiva sin dificultades. La presencia de trauma del pezón y dolor al amamantar se esgrimen como determinantes del abandono de la lactancia. El dolor al amamantar y las grietas en el pezón se reporta en una incidencia de 34% a 96% y hasta un tercio de las mujeres que presentan estas complicaciones cambian la forma de alimentación de sus hijos en las primeras 6 semanas de vida ⁽²⁻⁴⁾. En un estudio realizado en Uruguay se reportó una incidencia de 41% de grietas en el pezón, pero no se demostró que esta complicación se asociara con el modo de alimentación al mes de vida ⁽⁵⁾. La posición adecuada de la madre y el bebé durante la alimentación a pecho así como la toma del pecho por parte del bebé durante la succión se relaciona con la práctica de lactancia exclusiva ⁽⁶⁻⁸⁾. Las causas de lesiones en el pezón son multifactoriales. A menudo se esgrime que la posición incorrecta durante la alimentación a pecho es una causa frecuente en su aparición. Una estrategia efectiva para disminuir la incidencia de estas lesiones es la educación de las mujeres durante el embarazo o en el posparto inmediato, pero existen pocos estudios realizados con el fin de comprobar la hipótesis de la relación entre una mala técnica de alimentación a pecho y la aparición de trauma del pezón. La orientación sobre técnica adecuada en lactancia puede reducir la incidencia de mujeres que refieren baja producción de leche ⁽⁹⁾.

La hipótesis de la actual investigación es confirmar la afirmación planteada por diversos autores y especialistas en el tema desde la experiencia clínica que las complicaciones de la lactancia, específicamente grietas en el pezón, se asocian a la técnica de alimentación.

Objetivos

Objetivo primario

Descripción y análisis de la técnica de alimentación a pecho y la presencia de grietas en el pezón previa al alta hospitalaria.

Objetivo secundario

Describir factores predictores de complicaciones de lactancia previo al alta hospitalaria.

Material y método

Se realizó un estudio de corte transversal con reclutamiento prospectivo en el período de octubre de 2009 a

enero de 2010 en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo; Uruguay.

Población

Se incluyeron madres que se encontraban en alojamiento conjunto con el recién nacido previo al alta hospitalaria, que no fueron separadas en ningún momento de sus hijos; con recién nacidos sanos con más de 38 semanas de edad gestacional y más de 2.500 g al nacer.

Criterio de exclusión

Se excluyeron recién nacidos menores de 38 semanas, a los portadores de malformaciones congénitas mayores o que incluyeran la zona oral. Recién nacidos que presentaron patologías neonatales. Recién nacidos separados de su madre por un lapso mayor a una hora por cualquier motivo. Madres portadoras de patologías psiquiátricas con diagnóstico previo o realizado durante la internación. Consumidoras de drogas de uso recreativo o medicación que contraindicaba la lactancia. Se excluyeron los partos múltiples o madres con antecedentes de muerte neonatal u óbito en el embarazo anterior.

Método

Previo al alta hospitalaria; que en el Servicio donde se realizó la investigación se otorga luego de las 48 h de vida del recién nacido; se obtuvo el consentimiento informado. Aquellas madres que aceptaron participar del estudio se obtuvo, mediante una ficha precodificada, información sobre datos patronímicos maternos, obstétricos, finalización de la gestación y la implementación de la lactancia. Se complementó esta información con los datos recabados a través de la historia clínica de cada participante. Luego de realizada la entrevista se observó la técnica de lactancia, la posición adoptada y el estado de los pezones maternos. Las complicaciones quedaron registradas mediante el instrumento utilizado en el estudio. Se completó una ficha de observación publicada previamente por la Comisión Europea⁽¹⁰⁾ y recomendada por la OMS. Esta ficha de observación incluye características de la posición de la madre y el hijo así como la toma del pezón y succión del bebé. La observación fue realizada por dos investigadoras licenciadas obstetras parteras que recibieron formación específica en lactancia y en la utilización de la ficha. La observación se realizó en forma concomitante e independiente. Se realizó un estudio piloto con 20 madres y bebés. Se corrigió la ficha de recolección de datos en base al estudio piloto y se comprobó concordancia en las observaciones superior al 95%. En los casos en que no existía concordancia se realizó una nueva observación por un tercer investigador médico pediatra neonatólogo con formación en lactancia y se tomó como válida la observación que te-

nía coincidencia de dos observadores. En el momento del alta hospitalaria, entre las 48 y 96 horas de vida del lactante, se documentó la aparición de complicaciones.

Definiciones operacionales

El cálculo de la edad gestacional del recién nacido se realizó utilizando el mejor método disponible: 1) fecha de última menstruación; 2) ecografía obstétrica realizada antes de las 20 semanas de gestación; 3) examen físico del recién nacido. En todos los casos se contó con los dos primeros puntos.

Se definió como buena técnica de amamantamiento, aquella en la cual el binomio se acopla perfectamente, contando con la presencia de todos los signos de amamantamiento adecuado presente en la ficha de observación.

Se agrupó en la variable técnica adecuada, a todos los binomios que presentaron uno o dos signos de dificultad de la ficha de observación.

Se definió como mala técnica de amamantamiento a los binomios que contaron con tres o más signos de dificultad, con elementos concomitantes de la postura y la succión del lactante.

Se definió dolor al inicio según el relato materno de la presencia de dolor al prender al recién nacido al pecho y durante las primeras lactadas.

Dolor permanente se consideró al relato materno de sensación de dolor durante toda la lactada.

Ingurgitación mamaria se definió como la presencia de enrojecimiento y distensión mamaria intensa, acompañada de sensación de malestar⁽¹¹⁾.

Se definió grietas como la solución de continuidad epitelial a nivel del pezón o areola incluyéndose grietas superficiales o profundas y escoriaciones en esa región

Tamaño muestral

Considerando que las dificultades en la técnica de alimentación a pecho ocurren en aproximadamente 50% de la población y que en este grupo esperaríamos un 40% de grietas mientras en las madres con buena técnica planteamos que presentaría la mitad (20%), para un error alfa del 5% y un error beta del 20%, se requerirá un total de 182 pacientes.

Análisis estadístico

Todos los análisis fueron efectuados en SPSS versión 15,0. En primera instancia se realizó un análisis univariado para cada variable con el fin de evaluar rango de valores -mediciones implausibles- y de realizar medias de resumen. Para las variables continuas se reportan media, desvío estándar y valores máximos y mínimos. Para variables categóricas se procedió a evaluar la frecuencia relativa de cada una. Los factores de riesgo po-

tenciales que fueron recolectados como variables continuas se analizaron en primer lugar tal como fueron registradas y, luego de ser categorizadas, utilizando definiciones clínicas estándar. Las estadísticas de chi cuadrado y Odds ratio no ajustados, con sus correspondientes intervalos de confianza de 95%, se utilizaron para determinar si estas variables estaban independientemente asociadas de manera significativa con la presencia de lactancia exclusiva. Debido a que los factores de riesgo pueden estar correlacionados, realizamos un modelo de regresión logística sobre estos datos. Las variables incluidas en el modelo final se basaron en los siguientes hallazgos: a) inicialmente análisis bivariado entre resultado y factor de riesgo potencial; y b) selección de modelo (forward and backward stepwise). El modelo final fue el que incluyó todos los factores clínicos de interés y los más adecuados para los datos mediante la selección backward. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Centro Hospitalario.

Resultados

Se incluyeron 204 madres y bebés. El tamaño muestral se calculó en 182 pero se tomó la decisión de seguir incluyendo durante el plazo de tiempo predeterminado octubre 2009-enero 2010. La edad materna tuvo una media de 24,0 años, con un desvío estándar (DE) de 6,63 y un rango de 12 y 44 años. La edad gestacional de los recién nacidos fue de 39 semanas con un DE de 1 semana. El peso al nacer fue de 3.024 g con un DE de 380 g. Correspondieron al sexo masculino 114 recién nacidos (56%). Las características de la población y la frecuencia de complicaciones se presentan en la tabla 1. En la tabla 2 se presenta el análisis bivariado de la presencia de grietas con diferentes variables reportadas en publicaciones científicas. En la tabla 3 se reporta la relación de las variables con la aparición de las complicaciones en general. Los resultados del análisis multivariado en relación a la aparición de complicaciones se presentan en la tabla 4. Se destaca que los partos previos se asocian con reducción de la aparición de complicaciones mientras que la adecuada y mala técnicas muestran una tendencia a aumentar las complicaciones sin adquirir significación estadística. El análisis multivariado con respecto a la aparición de grietas se presenta en la tabla 5, donde se destaca que la técnica adecuada y mala se relaciona con el evento negativo, incrementándose el OR entre adecuada (4,78) y mala (7,22).

Discusión

La alimentación con leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses es el modo de alimentación recomendado debido a los beneficios demostrados

Tabla 1. Características de la población y complicaciones

Características (n=204)		%
Edad (años)		
Menos 19	43	21,1
19-34	136	66,7
35 o más	25	12,3
Paridad		
Primigesta	61	29,9
Hijos previos	143	70,1
Vía nacimiento		
Parto	164	80,4
Cesárea	40	19,6
Uso de biberón		
No	136	66,6
Sí	68	33,4
Uso de pacificador		
No	143	70,0
Sí	61	30,0
Tiempo de vida al iniciar lactancia		
Una hora	130	64,0
Más de una hora	74	36,0
Grietas en embarazos anteriores (N= 136)		
Sí	53	38,9
No	83	61,1
Complicaciones		
No	48	23,5
Sí	156	76,5
Grietas		
No	122	59,9
Sí	82	40,1
Dolor permanente		
No	180	88,3
Sí	24	11,7
Dolor inicio mamada		
No	89	43,7
Sí	115	56,3
Ingurgitación mamaria		
No	158	72,5
Sí	46	27,5
Técnica al amamantar		
Buena	145	71
Adecuada	41	20
Mala	18	9

Tabla 2. Variables relacionadas con la aparición de grietas en el pezón.

	Con grietas n = 82	Sin grietas n=122	Total n=204	P	OR (IC95%)
Educación durante embarazo					
Sí	20 (44,4)	25 (55,6)	45 (100)	0,510	1,25 (0,61-2,57)
No	62 (39,0)	97 (61,0)	159 (100)		
Primigesta					
Sí	25(40,9)	36(59,1)	61(100)	0,881	1,05 (0,54-2,02)
No	57(39,8)	86(60,2)	143(100)		
Cesárea					
Sí	17(42,5)	23(57,5)	40(100)	0,740	1,13 (0,53-2,40)
No	65(39,6)	99(60,4)	164(100)		
Inicio de alimentación a pecho					
Primera hora	50 (38,5)	80 (61,5)	130 (100)	0,503	1,22 (0,65 – 2,27)
Más de una 1 h	32 (43,2)	42 (56,8)	74 (100)		
Tiempo entre mamadas*					
Más de 3 h	5 (25,0)	15 (75,0)	20 (100)	0,139	0,46 (0,14-1,43)
Libre demanda	77 (42,5)	106 (57,2)	183 (99,7)		
Ingurgitación mamaria					
Sí	21 (45,7)	25 (54,3)	46 (100)	0,391	1,34 (0,65 – 2,73)
No	61 (38,6)	97 (61,4)	158 (100)		
Grietas en embarazos anteriores N=136					
Sí	42 (50,6)	41 (49,4)	83 (100)	0,000	3,91 (1,66 – 9,35)
No	11 (20,8)	42 (79,2)	53 (100)		

* Pérdida de un dato.

tanto para la madre como para su hijo⁽¹⁾. La presencia de trauma del pezón y dolor al amamantar determinan abandono de la lactancia⁽²⁾. Las causas de lesiones en el pezón son multifactoriales. La posición incorrecta durante la alimentación a pecho se menciona como causa frecuente en su aparición, pero existe escaso apoyo en la bibliografía científica para esta asociación. La presente investigación se diseñó para valorar la relación entre la técnica de alimentación a pecho y la aparición de grietas en el pezón. Se comprobó una elevada frecuencia de complicaciones de la lactancia del 76,5%, con 56,3% de madres que refieren dolor al amamantar a sus hijos. La incidencia de grietas en el pezón fue del 40,1%. En un estudio previo los autores reportaron 41% de grietas en

el mismo centro hospitalario y 56% para dolor, muy similares a los resultados de esta investigación⁽⁵⁾. En Brasil en poblaciones de características similares se reportan incidencia entre el 29% y el 43,6% de trauma del pezón^(12,13). La incidencia de alteraciones en la técnica de alimentación fue del 29%, distribuido en 20% para uno o dos parámetros y 9% para 3 parámetros o más, incluyendo tanto variables de la posición como de la toma del pecho y la succión del bebé. Weigert⁽¹⁴⁾ informó técnica inadecuada superior al 90%. Otros autores encontraron una incidencia de 32% de dificultades técnicas y un 18% para alteraciones de la toma y la succión, concordante con los resultados del presente estudio⁽¹⁵⁾. Debido a la disparidad de datos en la bibliografía se

Tabla 3. Relación entre la técnica de alimentación a pecho y la aparición de complicaciones.

		Técnica de amamantamiento			Valor P
		Buena	Adecuada	Mala	
Dolor permanente	No	68 (46,9)	15 (36,6)	6 (33,3)	0,328
	Sí	77 (53,1)	26 (63,4)	12 (66,7)	
Dolor al inicio	No	130 (89,7)	36 (87,8)	14 (77,8)	0,335
	Sí	15 (10,3)	5 (12,2)	4 (22,2)	
Ingurgitación mamaria	No	115 (79,3)	31 (75,6)	12 (66,7)	0,457
	Sí	30 (20,7)	10 (24,4)	6 (33,3)	
Grietas	No	103 (84,4)	14 (11,5)	5 (4,1)	0,000
	Sí	42 (51,2)	27 (32,9)	13 (15,9)	

Tabla 4. Análisis multivariado de las complicaciones relacionando las variables estadísticamente significativas o marginales en el análisis bivariado.

Variable	p	OR	IC 95%
Uno o más hijos previos*	0,01	0,31	0,13-0,77
Técnica adecuada+	0,08	2,3	0,8-6,1
Técnica mala+	0,14	3,1	0,6-14,7

* Comparado con pacientes sin hijos previos.

+ Comparado con técnica de amamantar buena.

tomó un valor intermedio de 50% para el cálculo del tamaño muestral. El objetivo primario fue demostrar si la técnica de alimentación tenía relación con la aparición de grietas en el pezón. Se encontró relación estadísticamente significativa entre las alteraciones de la posición de la madre y el bebé al amamantar con un OR de 4,78 (IC95% 2,22-10,29) para una técnica con uno o dos parámetros negativos y OR de 7,22 (IC95% 2,34-22,24) para la presencia de 3 o más parámetros incluyendo alteraciones en la toma del pezón por el bebé. Estos hallazgos podrían interpretarse como dosis dependiente. Weigert⁽¹⁵⁾ reportó lesiones mamilares en la mitad de la población de su estudio y en la mitad de estos presentó alteraciones en la toma del seno por el recién nacido. Estudios realizados con ecografía demuestran que si existe adecuada prensión del pezón por el bebé aquel queda en la parte posterior del paladar y está protegido de lesión traumática por los labios⁽¹⁶⁾. De Oliveira no encontró que el número de parámetros inadecuados de la técnica de lactancia fuera diferente en las mujeres que presentaron trauma del pezón durante la internación,

Tabla 5. Análisis multivariado de la relación entre la técnica de amamantar y las grietas del pezón considerando las variables significativas o marginales en el análisis bivariado.

Variable	P	OR	IC 95%
Técnica adecuada*	0,00	4,78	2,22-10,29
Técnica mala*	0,01	7,22	2,34-22,24

* Comparado con técnica de amamantar buena.

aunque hubo diferencia significativa en los parámetros que se refieren a la posición⁽¹⁷⁾. Blair, por el contrario, reporta efectos de la posición de la boca del bebé y el patrón de succión en el dolor reportado por las madres sin relación con la posición de la cabeza y cuerpo del bebé con respecto al cuerpo materno⁽¹⁸⁾. Si los niños succionaban solo el pezón en la maternidad tenían 10 veces más posibilidades de alimentarse artificialmente al mes⁽⁸⁾.

La primiparidad se asoció con la aparición de complicaciones en general en el análisis multivariado, pero no con trauma en el pezón. Tener hijos previos reduce la aparición de complicaciones con un OR de 0,31 y un IC95% de 0,13-0,77. Coca condujo un estudio caso control en las primeras 72 horas de vida para definir factores determinantes de trauma en el pezón. Los factores reportados fueron las características anatómicas del pezón, alteraciones de la pigmentación de la piel de la areola, ingurgitación mamaria, prenderse al pecho luego de la primera hora de vida y no convivir con su compañero sexual. En el análisis multivariado se identificó además la primiparidad como factor de riesgo⁽¹⁹⁾. La presencia de

grietas al alimentar a sus hijos a pecho en embarazos anteriores se asoció con la aparición de grietas en el embarazo actual con un OR de 3,91 y un IC95% de 1,66 a 9,35. No se consideró en esta investigación las características de la piel y el pezón, pero el antecedente de grietas puede manifestar alteraciones tanto en la anatomía del pezón como en la característica de la piel.

Ziemer identificó la paridad como un elemento determinante de trauma en el pezón en virtud de la inexperiencia de las madres primíparas y de mayores dificultades técnicas⁽²⁰⁾. La ingurgitación mamaria es otra variable identificada por Coca. La distensión del seno, el pezón y la zona de la areola puede determinar una mala posición de la boca del recién nacido con respecto a la prensión del seno⁽²¹⁾. Una variable a considerar es que el dolor producido por la grieta sea causa y agravante de la ingurgitación al aumentar el tiempo entre lactadas o limitar del tiempo de succión por la madre⁽¹¹⁾. La primera lactada posterior a la hora de vida no se asoció a la aparición de grietas como en estudios anteriores⁽¹⁹⁾. La alimentación con biberón durante la estadía hospitalaria se asocia a trauma del pezón. La alimentación a libre demanda y la educación pueden ser elementos protectores⁽²²⁾. La educación prenatal no se encontró como protector para las lesiones del pezón en esta muestra, pero no se pudo conocer la calidad de la educación prenatal. La bibliografía refiere este hecho como un elemento importante⁽²³⁻²⁵⁾, así como la educación posnatal^(26,27). Otros reportes no pudieron demostrar efectos positivos de la intervención educativa breve durante la internación hospitalaria⁽¹⁷⁾.

Conclusiones

La frecuencia de complicaciones de la lactancia es elevada previa al alta hospitalaria y se asocia a la primiparidad. Se observó asociación entre las alteraciones de la posición al amamantar; dificultades en la toma del pezón y la succión por parte del bebé con la aparición de grietas del pezón. Los antecedentes de grietas en el pezón en embarazos anteriores se asocian con grietas en el embarazo actual.

Referencias bibliográficas

- Kramer MS, Kakuma R.** Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008; número 4. Oxford : Update Software Ltd. Obtenido de: <http://cochrane.bvsalud.org> [consulta: 20 jul.2010].
- Page T, Lockwood C, Guest K.** The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding: a systematic review [en línea] Best Practice 2003; 7 (3): 1-6. Obtenido de: www.joannabriggs.edu.au [consulta: 8 de may 2009]
- Cooke M, Sheehan A, Schmied V.** A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact* 2003; 19: 145-56.
- Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ER.** Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth* 2007; 34: 212-9.
- Moraes M, Amerio P, Valiero R, Sosa C.** El consumo de alcohol disminuye el tiempo de lactancia exclusiva. *Arch Pediatr Urug* 2010; 81(1): 16-22.
- Neifert MR.** Clinical aspects of lactation. Promoting breastfeeding success. *Clin Perinatol* 1999; 26: 35-8.
- Morton JA.** Ineffective sucking: a possible consequence of positioning. *J Hum Lact* 1992; 8: 83-5.
- Righard L, Alade MO.** Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992; 19: 185-9.
- Ingran J, Johnson D, Greenwood R.** Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support fathers and families. *Midwifery* 2002; 18: 87-101.
- Proyecto de la UE sobre la promoción de la lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa : plan estratégico para la acción [en línea]. Luxemburgo : Comisión Europea. Dirección de Salud Pública y Control de Riesgos, 2004. Obtenido de: <http://europa.eu.int> [consulta: 18 set. 2009].
- Lawrence RA, Lawrence RM.** Management of the mother-infant nursing couple. In: *Breastfeeding : a guide for the medical professional*. 6 ed. Philadelphia : Elsevier Mosby, 2005: 278-81.
- de Barros MA, Carvalhaes L, Garcia de Lima Parada CM, da Costa PM.** Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2007 15 (1): 62-9.
- Vieira GO, Martins C, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR.** Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr (Rio J)* 2010; 86(5): 441-4.
- Weigert EM, Giugliani ER, França MC, de Oliveira LD, Bonilha A, do Espírito Santo LC, et al.** Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81: 310-6.
- Carvalhaes MA, Corrêa CR.** Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79: 13-20.
- Woolridge MW.** The anatomy of the infant sucking. *Midwifery* 1986; 2: 164-71.
- de Oliveira LD, Giugliani ER, do Espírito Santo LC, França MC, Weigert EM, Kohler CV, et al.** Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems. *J Hum Lact* 2006; 22(3): 315-21.
- Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr K.** The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Rev* 2003; 11(2): 5-10.
- Coca KP, Gamba MA, Souza e Silva R, Abrão AC.** Factors associated with nipple trauma in the maternity unit. *J Pediatr (Rio J)* 2009; 85(4):341-5.
- Ziemer MM, Cooper DM, Pigeon JG.** Evaluation of a des-

- sing to reduce nipple pain and improve nipple skin condition in breastfeeding women. *Nurs Res* 1995; 44: 347-51.
21. **Giugliani ER, Lamounier JA.** Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *J Pediatr (RioJ)* 2004; 80: S117-8.
 22. **Centouri S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiacomio M, Quintero S, Pavan C, et al.** Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact* 1999; 15: 125-30.
 23. **Morland-Schultz K, Hill PD.** Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(4): 428-37.
 24. **de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE.** Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of perinatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001; 17: 326-43.
 25. **Duffy EP, Percival P, Kershaw E.** Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. *Midwifery* 1997; 13: 189-96.
 26. **Henderson A, Stamp G, Pincombe J.** Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001; 28: 4-8.
 27. **Lavergne NA.** Does application of tea bags to sore nipples while breastfeeding provide effective relief? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997; 26: 53-8.

Correspondencia: Mario Moraes. Bulevar Artigas 1100, Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: marmoraes@gmail.com

CON EL INTENTO DE AGILITAR Y MEJORAR LOS TIEMPOS DE PUBLICACIÓN
DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES Y CASOS CLÍNICOS
**LOS ÁRBITROS REALIZARÁN HASTA DOS CORRECCIONES Y EL PLAZO DE ENTREGA A
LOS AUTORES Y SU DEVOLUCIÓN SERÁ DE CUATRO MESES COMO MÁXIMO**
