

L'allattamento tramite biological nurturing riduce i problemi precoci al seno: i risultati di un RCT pragmatico in aperto italiano

Milincio M, Travan L, Cattaneo A, et al.

Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial

Int Breastfeed J. 2020;15:21

Questo studio italiano di buona qualità metodologica è il primo RCT che valida sul campo la fattibilità in ambiente ospedaliero e l'efficacia sui problemi precoci al seno durante l'allattamento del Biological Nurturing (BN), un approccio neurocomportamentale di supporto all'allattamento che incoraggia le donne ad allattare in una posizione rilassata semireclinata (**Box 1**). La scheda inoltre discute un Modello Ragionato sul Dolore al Seno in Allattamento e possibili strategie di gestione (**Box 2**).

Breastfeeding through biological nurturing reduces early breast problems: the results of a pragmatic RCT in open Italian

This Italian study of good methodological quality is the first RCT that validates in the field the feasibility in the hospital setting the efficacy of Biological Nurturing (BN) on early breast problems during breastfeeding. BN is a neurobehavioral approach to support breastfeeding that encourages women to breastfeed in a relaxed semi-reclined position (**Box 1**). A Reasoned Model on Breast Pain in Lactation and possible management strategies are also objects of discussion (**Box 2**).

Metodo

Obiettivo (con tipo studio)

Studio controllato randomizzato aperto e in parallelo che si occupa di valutare sul campo l'efficacia del *biological nurturing* (BN) (**Box 1**) rispetto alle cure usuali sui problemi di allattamento e sulla prevalenza dell'allattamento al seno esclusivo alla dimissione, dopo una settimana, dopo 1 e 4 mesi.

Popolazione

Criteri di inclusione: donne che hanno espresso l'intenzione di allattare al seno, arruolate nel terzo trimestre di gravidanza (30-32 settimane) con intenzione a partorire all'IRCCS Burlo Garofalo di Trieste

Criteri di esclusione: a) presenza di problemi materni con impatto potenzialmente negativo sul BN (severi problemi cardiovascolari, obesità grave con BMI > 32 kg/mq, ipertensione); b) diagnosi prenatale di malattie fetali complesse; c) gravidanza gemellare.

Intervento

90 donne che hanno ricevuto l'approccio BN di supporto e promozione dell'allattamento al seno. Il personale coinvolto aveva realizzato un breve corso di formazione di 6 ore. Le madri hanno

ricevuto un CD sul BN in italiano da visionare prima del parto; durante l'ospedalizzazione sono state supportate ad allattare nella posizione semireclinata rilassata.

Controllo

Cure usuali di supporto all'allattamento al seno basate sul corso WHO/UNICEF 20-ore a cui il personale - lo stesso che ha effettuato l'intervento - viene periodicamente formato. Le madri hanno ricevuto un CD in italiano da visionare prima del parto secondo l'approccio WHO/UNICEF; durante l'ospedalizzazione sono state supportate ad allattare nella posizione seduta e ad attaccare i loro bambini nella posizione corretta seguendo le indicazioni WHO/UNICEF.

Outcome/Esiti

Primario: incidenza dei problemi al seno durante l'ospedalizzazione, definiti come la presenza di uno dei seguenti problemi valutati separatamente: dolore ai capezzoli (senza ragadi), ragadi, ingorgo, mastite (con o senza infezione e/o ascesso).

Secondari: 1. incidenza dei problemi al seno a 7, 30 e 120 giorni dalla dimissione; 2. allattamento esclusivo durante l'ospedalizzazione, le 24 ore prima della dimissione, a 7, 30 e 120 giorni dalla dimissione; 3. uso dei paracapezzoli, 4. soddisfazione materna nell'allattamento in ospedale, a 30 e 120 giorni dalla dimissione, utilizzando la sottoscala relativa al piacere materno e al raggiungimento del ruolo di mamma che allatta della scala validata *Maternal Breastfeeding Evaluation Scale* (14/30 domande); 5. fattibilità dell'approccio del BN nell'ambiente ospedaliero, valutato nella proporzione di donne che rifiutano di partecipare o abbandonano lo studio, che passano da un gruppo all'altro e dalla percentuale di donne che ricevono un intervento diverso da quello a cui erano originariamente destinate.

Tempo

Marzo - dicembre 2018.

Risultati principali

188/208 donne arruolate hanno concluso lo studio (90.3%, 90 BN, vs 98 cure usuali). I due gruppi non differivano rispetto alla frequenza di corsi post-partum, il rientro al lavoro, la presenza di problemi di salute di mamma o bambino, tutti fattori che possono incidere sull'allattamento al seno. Alla dimissione il BN riduce il rischio di problemi al seno RR 0.56 (IC 95% 0.40, 0.79),

così anche dopo una settimana: RR 0.45 (IC 95% 0.30, 0.69) e dopo 4 mesi: RR 0.51 (IC 95% 0.28, 0.95), NNT 8 (IC 95% 4, 49). Dimezzato il dolore ai capezzoli alla dimissione: RR 0.59 (IC 95% 0.40, 0.88) e a 7 giorni: RR 0.50 (IC 95% 0.29, 0.86) e quasi dimezzato il rischio di ragadi alla dimissione: RR 0.42 (IC 95% 0.24, 0.74) e a 7 giorni: RR 0.40 (IC 95% 0.22, 0.73). Nessuna differenza significativa tra i gruppi invece sul rischio di ingorghi/mastite, anche se a 7 giorni sono stati registrati 7 casi di ingorgo nel gruppo cure usuali vs 1 nel gruppo BN; nessuna differenza è stata registrata anche per l'uso del paracapezzolo. Sebbene si evidenzia un trend migliore per il gruppo BN nell'allattamento esclusivo, non è risultata una differenza statisticamente significativa tra i gruppi. Non sono risultate differenze nel grado di soddisfazione materna. Rispetto alla fattibilità solo il 5% di donne ha rifiutato di partecipare allo studio, 10 donne nel gruppo BN vs 5 nel gruppo cure usuali sono passate all'altro gruppo. Non si sono verificati eventi avversi.

Conclusioni

Lo studio dimostra la superiorità sul campo del BN rispetto al supporto WHO/UNICEF 20 ore nel ridurre il rischio di problemi precoci al seno durante l'allattamento (dolore ai capezzoli e ragadi) - il fattore principalmente associato all'interruzione precoce dell'allattamento - e ne dimostra la fattibilità nell'ambiente ospedaliero.

Altri studi sull'argomento

Una recente revisione sistematica inglese ha valutato gli interventi sulla posizione e l'attacco durante l'allattamento al seno e gli effetti sul dolore ai capezzoli. La revisione ha selezionato, dai 163 eleggibili, solo 3 studi tra cui quello oggetto di questa scheda, per un totale di 489 pazienti. A causa del basso numero di studi, delle variazioni di progettazione e dei risultati, gli autori concludono che non vi sono prove sufficienti per determinare l'efficacia di una posizione e degli interventi sull'attacco al seno per il dolore del capezzolo. Inoltre attualmente non ci sono abbastanza informazioni per raccomandare la progettazione di uno studio d'intervento specifico o per determinare l'impatto sulla durata dell'allattamento al seno. Gli autori concludono che è necessario investire in ulteriori ricerche per valutare interventi di posizionamento e attacco al seno in presenza di dolore al capezzolo esaminando prima dell'intervento la gravità del dolore e la sua origine che può essere spesso multifattoriale [1] (Box 2). L'RCT brasiliano di de Oliveira del 2006 su 211 donne ha valutato l'intervento consistito in una singola sessione di consulenza postnatale di posizionamento e di attacco (dimostrazione pratica) con esito sul dolore ai capezzoli (esito primario) e la durata dell'allattamento al seno (esito secondario): l'intervento non ha ridotto significativamente l'incidenza del dolore al capezzolo o ha aumentato il tasso di allattamento esclusivo al seno al giorno 7 o al giorno 30 postpartum; questo studio aveva arruolato sia primipare che multipare e l'analisi dei dati non era stata effettuata per intention to treat [2]. Al contrario lo studio turco, non randomizzato, di Eksioglu del 2017 su 90 donne divise in 3 bracci (cure usuali, brochure che spiegava le posizioni e l'attacco, singola sessione di dimostrazione di gruppo) ha verificato che una singola sessione di formazione postnatale basata sulla dimostrazione in gruppo ha ridotto significativamente l'incidenza

di ragadi del capezzolo rispetto all'opuscolo o a un'assistenza di routine con una percentuale non significativa più alta di madri che allattano esclusivamente al seno a quattro settimane [3].

Che cosa aggiunge questo studio

Questo studio è il primo che ha valutato sul campo in un ambiente ospedaliero la fattibilità e l'efficacia del BN come intervento preventivo nel ridurre l'incidenza di problemi precoci al seno (dolore ai capezzoli e ragadi) nella fase iniziale e di stabilizzazione di questa pratica.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: lo studio, valutato con la scala di Jadad, risulta di buona qualità metodologica (punteggio 3/5). L'arruolamento sia di primipare che di multipare può aver generato un bias legato agli effetti della precedente esperienza sull'attacco e il posizionamento al seno del neonato. La lista di randomizzazione è stata generata in modo adeguato. Lo studio non era in doppio cieco ma la sua forza sta nel fatto di essere realizzato in un contesto reale; anche se il personale era a conoscenza della randomizzazione, non lo erano i ricercatori che hanno eseguito il follow-up dopo la dimissione, a partire dai 7 giorni. Lo stesso personale effettuava sia l'intervento sia le cure usuali, ma le madri erano sistemate in camere diverse. Sono stati descritti con precisione i pazienti eleggibili, i motivi di esclusione dalla randomizzazione, gli allocati, gli esclusi dopo la randomizzazione, i persi al follow-up e quanti sono passati all'altro intervento e per quali motivazioni. I persi al follow-up sono circa il 10% e la perdita è stata bilanciata tra i gruppi. L'analisi dei risultati è stata eseguita per intention to treat e per protocol, senza differenze negli esiti.

Esiti: gli esiti valutati sono clinicamente rilevanti e ben definiti.

Conflitto di interesse: dichiarati assenti.

Trasferibilità

Popolazione studiata: è italiana. Lo studio è stato realizzato in un centro di terzo livello da sempre attento alla promozione dell'allattamento al seno.

Tipo di intervento: la formazione per realizzare l'intervento è breve: 6 ore, ed è pensabile che quest'intervento possa essere trasferibile anche in altre realtà ospedaliere italiane. La regione Emilia-Romagna a ottobre 2017, per una settimana, ha realizzato incontri formativi della durata di 5 ore a Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena e Bologna, replicati ad aprile 2018 a Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini. Gli incontri teorico-pratici sono stati tenuti da due professioniste dell'allattamento tra cui la prima autrice di questo studio. Sono stati formati 240 fra professionisti della salute di ospedale e territorio, del sociale e mamme delle associazioni di sostegno. La multiprofessionalità dei discendenti è stata considerata dagli organizzatori un prerequisito perché la rete funzioni nella realtà. Il gradimento espresso dai discendenti è stato elevato (voto medio 5.9 su un massimo di 6) [6]. Integrare la formazione dell'équipe ospedaliera con quella multidisciplinare sul territorio potrebbe essere una strategia da valutare in futuro, verificando ogni quanto è utile effettuare il re-training. Il BN

non prevede di insegnare una tecnica ma obbliga chi è accanto alla madre ad agire un cambio di prospettiva, mettendo al centro il suo benessere, passando da una modalità direttiva a una modalità di ascolto e supporto, in cui l'operatore si affianca alla madre e al bambino. Questo stile di approccio può richiedere un tempo più prolungato accanto alla madre e al bambino rispetto a quanto occorre per trasmettere una tecnica.

-
1. Guille S, Sinclair M, Bunting B, et al. Positioning and attachment interventions for nipple pain: a systematic review. Evidence Based Midwifery, MIDIRS Midwifery Digest 2020;30(3):293-306.
 2. de Oliveira LD, Giugliani ERJ, do Espírito Santo LC, et al. Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems. Journal of Human Lactation 2006;22(3):315-21
 3. Eksioğlu A, Yesil Y, Demir Gungor D, et al. The effects of different breastfeeding training techniques given for primiparous mothers before discharge on the incidence of cracked nipples. Breastfeeding Medicine 2017;12(5):311-15.
 4. Amir LH, Jones LE, Buck ML. Nipple pain associated with breastfeeding: incorporating current neurophysiology into clinical reasoning. Australian Family Physician 2015;44(3):127-32.
 5. Amir LH. Managing common breastfeeding problems in the community. BMJ 2014;348:g2954.
 6. Di Mario S, Borsari S, Basevi V, et al. Allattare rilassate. Un corso breve per cambiare. Poster presentato a Verona, XIII incontro della Rete Insieme per l'Allattamento. 13 novembre 2018

Scheda redatta dal gruppo di lettura della Newsletter pediatrica:

Maddalena Marchesi, Costantino Panza.

Box 1

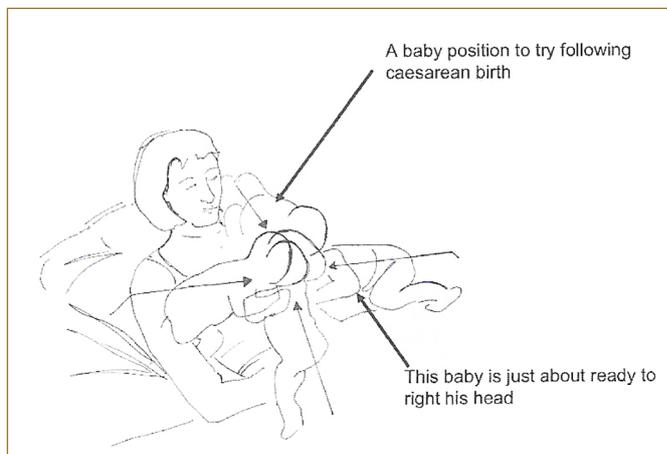
Biological nurturing

Il biological nurturing è un approccio neurocomportamentale di supporto all'allattamento che incoraggia le donne ad allattare in una posizione rilassata semireclinata (circa 65°), con il neonato prono sul petto della madre così che la forza di gravità assicuri il maggior contatto possibile tra il corpo del bimbo e il torace/addome materno. Questa posizione può essere facilmente raggiunta a letto, su un divano, in poltrona o su una sedia, a volte con l'aiuto di cuscini che accolgono e sostengono il corpo materno (Figura 1). L'elemento caratterizzante è che la mamma si senta a proprio agio con il suo corpo rilassato. Nel biological nurturing il neonato non ha una posizione fissa: longitudinale, obliquo, o in qualsiasi posizione naturale che garantisca stabilità senza che ce ne sia una obbligata (Figura 2), soltanto la testa deve trovarsi sopra il capezzolo per sfruttare l'azione della forza di gravità. Questa modalità di allattamento focalizza l'attenzione della mamma sul neonato piuttosto che sulla sua posizione e sull'attacco.

Figura 1. Un esempio di Biological nurturing



Figura 2. Multiple possibili posizioni del neonato durante l'allattamento nella posizione semireclinata. [Colson S. An introduction to biological nurturing. Hale Publishing, 2010]



Box 2

Modello Ragionato per il dolore al seno e ai capezzoli in allattamento per una valutazione dei fattori molteplici che possono determinarlo e una gestione mirata (modificato da voce bibliografica 1,4,5)

I motivi per cui le donne scelgono di non allattare o di interrompere precocemente l'allattamento può essere vario e complesso e va dal campo medico, culturale e psicologico al disagio fisico fino a motivazioni di non convenienza. È stato documentato che per coloro che scelgono di allattare al seno, ben il 60% smette prima di quando desidererebbe. Il dolore del capezzolo è una delle ragioni più comuni riportate dalle madri per l'interruzione dell'allattamento al seno, secondo solo alla percezione di produrre una ridotta quantità di latte. Le incidenze di dolore e trauma del capezzolo variano in letteratura e sono comprese tra il 34 e il 96%. La ricerca suggerisce che la più grande comparsa di traumi al capezzolo avviene nella prima settimana dopo il parto con dolore entro il terzo giorno che si riduce dopo 7-10 giorni dopo il parto. Le preoccupazioni tra i giorni 3 e 7 sono state associate a un maggiore rischio di cessazione dell'allattamento al seno. Altre ricerche, tuttavia, riportano che l'8% (27/340) delle donne continuano a subire danni ai capezzoli e il 20% (68/340) continuano a sperimentare dolore ai capezzoli a otto settimane post-partum. Quando l'allattamento prosegue ma la donna presenta dolore ai capezzoli, oltre all'esperienza di dolore fisico può essere presente un disagio psicologico; questa situazione può interferire con l'attività, l'umore e il sonno, oltre ad avere un impatto negativo sul processo di attaccamento. Altre ricerche suggeriscono che l'esperienza negativa di allattamento al seno, piuttosto che la durata, è predittivo dei sintomi depressivi: le madri che smettono di allattare a causa di dolore o difficoltà fisiche hanno un rischio maggiore di sintomi depressivi. L'ansia da dolore al capezzolo può anche inibire il riflesso di eiezione, e portare a ridotta frequenza e durata l'allattamento al seno, che successivamente determina una ridotta produzione di latte da ridotta suzione. Le cause di dolore al capezzolo sono numerose, ma fino a 8 settimane dopo la nascita le madri dovrebbero essere informate che il dolore ai capezzoli o le ragadi sono probabilmente correlate a un attacco/suzione non corretta del neonato. Altri studi riportano che un posizionamento errato contribuisce al dolore del capezzolo nel 90% dei casi, anche se la causa del dolore è multifattoriale nell'89% dei casi, sottolineando la necessità di una diagnosi sistematica per le cause del dolore prima di decidere come gestirlo. Variazioni nella causa o nelle cause di dolore dei capezzoli possono portare a difficoltà di identificazione e alla selezione di interventi efficaci. Amir et al. nel 2015 hanno sviluppato un approccio integrato alla valutazione del dolore dell'allattamento al seno che cerca di migliorare la pratica attuale, il *Breastfeeding Pain Reasoning Model* e prende in considerazione, integrandoli, sia fattori fisiologici e psicologici. In questo modello contribuiscono al dolore fattori esterni (caratteristiche della madre, caratteristiche del bambino, interazione della bocca del bambino e capezzolo della madre), fattori predisponenti (storia di dolore, educazione al dolore, parità), fattori cognitivi, emotivi e stato sociale (ansietà, aspettative, autocontrollo, supporto sociale, nutrizione, impegno nell'allattamento), stimolazione chimica (ossitocina, prostaglandine, mediatori dell'infiammazione), lesioni cutanee, esperienza prolungata di dolore al seno. Lo scopo di questo modello è di aiutare gli operatori che fanno assistenza a identificare le influenze multifattoriali del dolore ai capezzoli per offrire la migliore strategia di gestione (Tabella).

Tabella. Opzioni per gestire il dolore in allattamento secondo il *Breastfeeding Pain Reasoning Model*

Categoria	Esempi di strategie di gestione
Stimolazione Locale	<p>Migliorare la guarigione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lavare regolarmente i capezzoli; - utilizzare pastiglie antibatteriche o medicazioni idrogel; - applicare lanolina purificata prima e dopo la poppata o la spremitura del seno. <p>Infezione localizzata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - applicare unguento antibiotico topico (ad esempio mupirocina 3 v/giorno, dopo le poppate) o antifungini (ad esempio miconazolo gel orale 4 v/giorno dopo le poppate). <p>Infiammazione locale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - applicare steroide topico (ad esempio mometasone unguento una volta / giorno dopo le poppate).
Fattori esterni	<p>Migliorare l'attacco al seno del bambino.</p> <p>Ridurre le fonti di trauma del capezzolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - frenulectomia se anchiloglossia; - ridurre la potenza del tiralatte; - utilizzare un tiralatte più efficace. <p>Ridurre l'attrito dal tiralatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - applicare lubrificante (olio di girasole, lanolina) prima della spremitura; - assicurarsi che venga utilizzata una coppetta del tiralatte di dimensioni corrette. <p>Provare a utilizzare il paracapezzolo.</p> <p>Rimuovere le fonti di irritazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - creme/gel; - evitare sapone, piscine al cloro, altri irritanti. <p>Ridurre temporaneamente la durata/frequenza delle poppate/spremiture (integrando con formula per neonati se il latte non è sufficiente).</p>
Modulazione Centrale	<p>Gestire il dolore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analgesia; - massaggio e stretching dei muscoli pettorali e del collo. <p>Migliorare il riposo materno e il sonno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizzare la cura dei bambini o ridurre i doveri familiari della madre. <p>Massimizzare le posizioni confortevoli per l'alimentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - provare l'alimentazione rilassata o reclinarsi su una sedia a sdraio, invece di sedersi con il tronco in posizione verticale o con il mento in avanti. <p>Se il freddo è un fattore presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evitare l'esposizione dei capezzoli; - mantenere i capezzoli caldi; - applicare un impacco caldo; - provare un integratore di magnesio; - considerare la nifedipina (iniziare con un rilascio controllato di 20 mg al giorno e aumentando progressivamente fino a massimo 60 mg). <p>Attivare il supporto psicologico (comprensibilmente, alcune donne che provano dolore ai capezzoli tendono a pensare il peggio, amplificando i sintomi di dolore, rimuginando e provando sentimenti di impotenza e pessimismo. Possono aiutare: tecniche psicologiche come distrazione, riformulazione cognitiva, rilassamento e promozione di strategie efficaci di coping).</p>