

Approccio agli inizi dell'allattamento al seno

Linea guida per neonati a termine sani, da 48 ore a 2 settimane

Segnali di Successo

Per il bambino:

- riesce a mantenere movimenti ritmici di suzione/deglutizione con pause occasionali
- deglutizione udibile
- corretto attacco e posizionamento: bocca spalancata, labbra estroflesse, "naso-capezzolo, torace-torace"
- almeno 3 scariche di feci al giorno
- 8-12 poppate nelle 24 ore
- 3 pannolini bagnati al giorno a partire dalla 3^a giornata

Per la madre:

- mammella che si ammorbidisce durante la poppata
- la madre sente tirare forte ma senza dolore persistente

- Dare un'indicazione verbale e scritta* che incoraggi il dormire vicino al bambino e che eviti l'uso di biberon e ciucci
- Valutare il grado di comprensione da parte dei genitori dei segnali di fame e della deglutizione
- Dare informazioni per contattare i servizi di supporto territoriali
- Controllo 2 gg. dopo la dimissione e di nuovo a 2 settimane

Attacco adeguato



Segnali di Attenzione

Possibile trasferimento inadeguato di latte

Nota: un segnale unico, di per se stesso, non indica necessariamente un problema dell'allattamento al seno

Per il bambino:

- ▲ meno di 8 poppate al giorno
- ▲ fa piccoli pasti o >12 poppate al giorno
- ▲ deglutizione non udibile (oppure non sa riferire)
- ▲ poppate di durata >45 minuti, almeno 2 volte al giorno
- ▲ continua "ricerca" dopo la poppata
- ▲ piccolo irritabile, irrequieto o sonnolento e che rifiuta di alimentarsi
- ▲ meno di 3 scariche di feci al giorno
- ▲ bilirubina >17mg a 72/h associata a difficoltà di alimentazione
- ▲ nessun aumento di peso fra la 3^a e la 5^a giornata
- ▲ mancato recupero del peso alla nascita alla 14^a giornata

Per la madre:

- ▲ mammella ancora pesante o piena dopo la poppata (o non sa riferire)
- ▲ aumentato e persistente dolore ai capezzoli
- ▲ latte non disponibile dalla 3^a giornata

- ▲ Rivolgersi ad un Consulente Professionale in allattamento entro 24/48 ore
- ▲ Valutare attacco e posizionamento
- ▲ Controllare eventuali anchiloglossia, capezzoli introflessi, chirurgia mammaria
- ▲ Valutare la comprensione della madre dei segnali di fame e della deglutizione
- ▲ Incoraggiare il contatto pelle a pelle specie durante la poppata
- ▲ Incoraggiare il dormire vicino al piccolo
- ▲ Controindicare l'uso di ciucci e di integrazioni non appropriate
- ▲ Considerare la doppia pesata con una bilancia digitale precisa
- ▲ Considerare l'uso del tiralatte per stimolare la produzione latte
- ▲ A quest'epoca nessuna integrazione, fatta eccezione per il latte materno utilizzando il bicchierino, la siringa o un metodo alternativo
- ▲ Osservare e rivalutare dopo 24h, in attesa della valutazione del Consulente

Coordinarsi con il Consulente in allattamento per un accurato programma di alimentazione e per il follow-up

Seguire le raccomandazioni indicate per i Segnali di Successo

Segnali di Allarme

Probabile trasferimento inadeguato di latte

Per il bambino:

- mucose asciutte (secche)
- perdita di peso >10% con difficoltà ad alimentarsi
- meno di 3 scariche di feci al giorno dopo la 4^a giornata
- feci meconiali dopo la 4^a giornata
- meno di 6 pannolini bagnati al giorno dopo la 4^a giornata
- bilirubina > 20 a/72/h associata con difficoltà di alimentazione

Per la madre:

- latte non disponibile in 5^a giornata

- Consultare un Consulente della lattazione accreditato quanto prima possibile
- Programmare un rapido follow-up ambulatoriale o un ricovero
- Valutare attacco e posizionamento
- **Integrazione** con latte materno o formula con bicchierino, siringa o metodi alternativi
- Controllare eventuali anchiloglossia, capezzoli introflessi, chirurgia mammaria
- Valutare la comprensione della madre dei segnali di fame e della deglutizione
- Incoraggiare il contatto pelle a pelle specie durante la poppata
- Incoraggiare il dormire vicino al piccolo
- Controindicare l'uso di ciucci
- Considerare la doppia pesata con una bilancia digitale precisa
- Doppio tiralatte 8 volte al giorno



Massachusetts
Breastfeeding
Coalition

www.massbfc.org

© 2004 Massachusetts Breastfeeding Coalition

NOTE

* Evitare di dare materiali sull'allattamento al seno che provengono dalle compagnie che producono latte in formula.

* *Produrre latte è facile*, il nostro pieghevole per i genitori, è disponibile sulla nostra homepage www.massbfc.org.

BIBLIOGRAFIA

Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol Number 3: Hospital guidelines for the use of supplementary feeds in the healthy term breastfed neonate. 2002. Accessed at bfmed.org on 28 Sept 2003.

Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol Number 6: Guideline on co-sleeping and breastfeeding. Accessed at bfmed.org on 21 April 2004.

American Academy of Pediatrics, Provisional Committee for Quality Improvement and Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. *Pediatrics* 1994; 94 (4 Pt 1):558-65.

American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics* 2000;105(3):650-56.

American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100(6):1035-39.

Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002;110(5):e63.

Barros FC, Victoria CG, Semer TC et al. Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics* 1995; 95:497-99.

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. *Breastfeeding Rev* 2003;11(2):5-10.

Cooper WO, Atherton HD, Kahan M, Kotagal UR. Increased incidence of severe breastfeeding malnutrition and hypernatremia in a metropolitan area. *Pediatrics* 1995;96(5 Pt1):957-60.

deCarvalho M, Roberson S, Friedman A, et al. Effect of frequent breastfeeding on early milk production and infant

weight gain. *Pediatrics* 1983;72:307-311.

Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001;131(11):3012S-5S Review.

Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003;112(3 Pt 1):607-19.

DiGirolamo A, Grummer-Strawn L, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001;28(2):94-100.

Hill PD, Aldag J, Chatterton R. The effect of sequential and simultaneous breast pumping on milk volume and prolactin levels: a pilot study. *Journal of Human Lactation* 1996;12(3):193-199.

Hill, PD. Predictors of breastfeeding duration among WIC and non-WIC mothers. *Pub Health Nurs* 1991;8(1):46-52.

Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, et al. Does early supplementation affect long-term breastfeeding? *Clin Pediatrics* 1997;36:345-350.

Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlieck EA, Oakes D, Lawrence RA. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111(3):511-18.

Howard CR, Howard FM, Lanphear B, deBlieck EA, Eberly S, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics* 1999;103(3):E33.

International Lactation Consultant Association. Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days. 1999. Accessed at ilca.org on 15 February 2004.

Kurini N, Shiono PH. Early formula supplementation of breastfeeding. *Pediatrics* 1991;88:745-750.

Lang S, Lawrence CH, Orme RLE. Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child* 1994;7:365-69.

Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 5th ed. St. Louis: Mosby, 1999.

Macdonald PD, Ross SR, Grant L, Young D. Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88(6):F472-76.

Malhotra N, Vishwambaran L, Sundaram KR, Narayanan I. A controlled trial of alternative methods of oral feeding in neonates. *Early Hum Dev* 1999;54(1):29-38.

McKenna JJ, Mosco SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100:214-219.

Merlob P, Aloni R, Prager H, et al. Continued weight loss in

the newborn during the third day of life as an indicator of early weaning. *Israeli J Med Sci* 1994;30:646-48.

Mikiel-Kostyra K, Mazu J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91(12):1301-06.

Nelson SE, Rogers RR, Zeigler EE et al. Gain in weight and length in early infancy. *Early Hum Dev* 1989;19:223-239.

Powers NB, Slusser W. Breastfeeding update 2: clinical lactation management. *Pediatrics in Review* 1997;18(5):147-161.

Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla et al. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics* 2001;108(3):677-81.

Reiff MI, Essock-Vitale S. Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics* 1985;76:872-879.

Riordan J and Auerbach KG. *Breastfeeding and Human Lactation*, 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett, 1999.

Victora CG, Barros FC, Olinto MTA, et al. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993;341:404-406.

World Health Organization, Division of Child Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding (revised). Geneva: World Health Organization, 1998.

RISORSE ON LINE:

Academy of Breastfeeding Medicine: www.bfmed.org

International Lactation Consultant Association: www.ilca.org

US. Dept. of Health and Human Services: www.4woman.gov

Centers for Disease Control and Prevention:

www.cdc.gov/breastfeeding

Massachusetts Breastfeeding Coalition: www.massbfc.org

La Leche League: www.lalecheleague.org



Massachusetts
Breastfeeding
Coalition

www.massbfc.org

DOMANDE FREQUENTI SULL'APPROCCIO ALL'INIZIO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

Perché è consigliabile dormire accanto al bambino?

Sempre maggiori evidenze mostrano i benefici derivanti dal dormire accanto al bambino, piuttosto che in una stanza separata. È stato dimostrato che in ospedale i neonati che stanno nella stessa stanza della mamma dormono di più e piangono di meno, e che le mamme dormono la stessa quantità di sonno sia che lascino il bambino nel nido o lo tengono con loro.

Dormire accanto al bambino favorisce l'allattamento al seno ai più precoci segni di fame aiutando così a produrre una buona quantità di latte. Ai genitori dovrebbe essere consigliato di continuare questa pratica, anche dopo la dimissione dall'ospedale.

È stato dimostrato, in particolare, che la condivisione del letto promuove l'allattamento al seno. Sono emersi alcuni dubbi circa la condivisione del letto se non sussistono condizioni di sicurezza. Comunque, l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) nota che c'è una evidenza insufficiente per scoraggiare routinariamente il co-sleeping. L'AMB definisce co-sleeping il "rimanere abbastanza vicini l'un l'altro per scoprire e potenzialmente agire sugli stimoli sensoriali dell'altro, e ciò significa il neonato che dorme vicino ad un genitore su un letto diverso" come pure un neonato che condivide il letto con un genitore.

I dati sulla condivisione del letto mostrano che questi piccoli imparano a rispondere ai movimenti ed al respiro della madre, e che le mamme imparano a rispondere ai primi segnali di fame del bambino. Si è visto che i bambini che condividono il letto trascorrono più tempo nell'allattamento rispetto a quelli che non lo fanno, e ciò aiuta a produrre una buona quantità di latte. Inoltre, allattare il bambino nella posizione sdraiata permette ad entrambi i genitori di alzarsi il mattino successivo molto più riposati.

Tenere il bambino a dormire in una stanza diversa da quella della madre, anche con un baby monitor, non fornisce questi vantaggi. Il pianto è un segnale tardivo di fame, ed è importante allattare il bambino molto prima che lo si possa sentir piangere attraverso la parete. È anche molto più

difficile dar da mangiare a un piccolo che sta piangendo. Se una mamma condivide il letto con il suo bambino, è importante che lei sappia come farlo in sicurezza.

- Il letto dovrebbe essere distante dalla parete da entrambi i lati per evitare l'intrappolamento.
- Dovrebbero essere evitate coperte pesanti, piumini, o cuscini
- Dovrebbero essere evitati superfici morbide, quali materassi ad acqua, divani, brandine.
- Nessuno dei due genitori dovrebbe essere sotto l'effetto di alcool, droghe, o farmaci che potrebbero interferire con la loro capacità di risveglio.
- Il piccolo dovrebbe essere supino, alla stessa maniera in cui lo si metterebbe se si dorme separati.
- Un neonato non dovrebbe dormire da solo su un letto da adulti.
- Nessuno, eccetto i genitori, dovrebbe condividere il letto con il piccolo.
- Poiché il rischio di SIDS è più alto nei figli di fumatori è consigliabile che i genitori che fumano non condividano il letto, ma possono dormire con il bambino vicino.

Perché i succhiotti dovrebbero essere sconsigliati?

C'è sempre maggior evidenza che l'uso del ciuccio si associ ad una durata ridotta dell'allattamento al seno. I ciucci possono mascherare segnali di fame precoci quando alimentarsi è importante per il consolidamento di una buona produzione lattea. Inoltre, è normale per un piccolo riposarsi o fare delle pause durante una poppata; se il pasto fosse interrotto precocemente per l'uso del ciuccio, ciò potrebbe comportare effetti svantaggiosi sull'introito nutritivo del bambino e così pure sulla produzione lattea materna. Più il bambino prende latte più latte la mamma produrrà in risposta.

Le mamme che usano ciucci spesso constatano di non produrre abbastanza latte. Mentre alcuni genitori usano con successo i ciucci dopo che l'allattamento al seno si è ben consolidato, l'uso del ciuccio non è appropriato nei neonati sani a termine con possibili problemi di

allattamento (*vedi: Segnali di Allarme*).

Se un bambino è ben sveglio, facendo movimenti con la bocca o succhiando il pugno, probabilmente è affamato ed ha bisogno di poppare. Succhiare un ciuccio richiede muscoli differenti che poppare ad una mammella, così che l'uso di un ciuccio può rendere difficile ad un bambino imparare come succhiare al seno.

Un bambino che desidera poppare per conforto probabilmente riceverà la soddisfazione che cerca più rapidamente dal calore del seno della sua mamma che da un ciuccio. La suzione per conforto può aiutare una mamma a produrre più latte attraverso la stimolazione del capezzolo. Può essere utile spiegare alla mamma che il seno non è il sostituto di un ciuccio. Infatti, in ogni parte del mondo i succhiotti sono chiamati "ciucci" perché sono sostituti del seno. I piccoli alimentati artificialmente sembrano aver bisogno del ciuccio perché non ricevono il conforto del seno.

Qualche cosa sui biberon?

Che cos'è l'alimentazione alternativa?

È stato osservato che l'uso di poppatoi o di tettarelle nelle prime settimane può rendere difficile ad un bambino imparare ad alimentarsi al seno. "I metodi di alimentazione alternativa" tecnicamente si riferiscono all'alimentazione senza il seno, ma molti professionisti dell'allattamento al seno si riferiscono a tali metodi per indicare una alimentazione senza biberon. Per le mamme che programmano di tornare al lavoro, è consigliata l'introduzione di tali metodi a circa 3-4 settimane, ma non prima.

Se un neonato ha problemi con l'allattamento al seno, alimentarsi con un poppatoio può peggiorare la situazione. Si dovrebbe fare un bilancio tra l'utilizzo potenzialmente dannoso del biberon e l'urgenza della situazione.

Un neonato molto disidratato o compromesso potrebbe non alimentarsi efficacemente con i metodi alternativi; in questa situazione offrirgli un biberon è il modo più veloce di reidratare il piccolo, senza somministrare liquidi per via e.v.

DOMANDE FREQUENTI SULL'APPROCCIO ALL'INIZIO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO – *continua*

I metodi alternativi comprendono alimentazione con bicchierino, a goccia o con siringa, al dito oppure con un metodo di alimentazione in cui il piccolo beve da un tubo attaccato con un nastro al capezzolo della mamma. In questo caso un consulente professionale in allattamento può essere utile e può insegnare l'uso terapeutico di un biberon, specialmente in situazioni in cui potrebbe essere indicata una supplementazione a più lungo termine.

Nota: L'uso di latte artificiale, senza un motivo di natura medica, può interferire con l'efficace consolidamento della produzione materna di latte. Più spesso il piccolo poppa più latte la madre produrrà, per un efficace trasferimento di latte. L'uso di latte artificiale senza un motivo medico può determinare che il piccolo sia troppo sazio per poppare di frequente.

Perché la durata e la frequenza delle poppate sono importanti?

Un numero tipico di poppate è 8 – 12 nelle 24 ore. Più di 12 poppate al giorno possono fare pensare che il bambino sia ancora affamato dopo la poppata o che non è posizionato e attaccato correttamente per ottenere il massimo flusso di latte. Un numero minore di poppate potrebbe indicare un introito inadeguato e può comportare una produzione latte più scarsa. Il numero delle poppate al giorno è più importante del tempo per poppata. Per esempio, i piccoli possono raggruppare parecchie poppate in un periodo di ore, ma hanno intervalli notturni più prolungati, senza poppare.

Analogamente, una poppata prolungata può significare che il bambino non sta prendendo abbastanza latte, specialmente se la mamma non è in grado di riferire se il piccolo deglutisce durante questa poppata. Le mamme dovrebbero imparare a distinguere la suzione nutritiva dalla suzione di conforto. Nella suzione nutritiva c'è un chiaro pattern ritmico di suzione e deglutizione con pause occasionali. In quella di consolazione, il movimento è più lieve e tende a non dare una forte sensazione di tiraggio. La suzione affettiva può aiutare a stimolare la produzione di latte attraverso la stimolazione del capezzolo; tuttavia se il latte non viene rimosso dal seno durante la suzione

nutritiva, la produzione di latte diminuirà. Un segno di allattamento al seno sub-ottimale è un bambino che sta poppando continuamente per lunghi periodi senza deglutizioni udibili.

Le mamme dovrebbero essere incoraggiate a “guardare il bambino e non l'orologio”: ciò significa che le madri dovrebbero rispondere ai cambiamenti nei tipi di deglutizione – cambiando seno quando la deglutizione rallenta o quando il bambino si stacca da solo dal seno. Una volta si era soliti consigliare le donne di allattare “10-20 minuti per parte”. Tuttavia non c'è alcuna evidenza di consigliare poppate a tempo in questo modo.

È importante iniziare ad allattare alla comparsa dei più precoci segni di fame: stiramento, movimenti con la bocca, succhiare le mani, riflesso di ricerca. Alle madri dovrebbe essere consigliato di non aspettare che il bambino pianga per allattarlo. Allattare presto e spesso aiuta a formare e mantenere una produzione latte adeguata ed un buon accrescimento ponderale.

Come riconoscere la lingua legata?

La lingua legata, o anchiloglossia, si verifica quando il frenulo linguale inferiore è troppo corto o spostato anteriormente. Ciò può limitare la mobilità della lingua. Quando il bambino cerca di estroflettere la lingua essa appare a forma di cuore o ha una incisione a forma di V sulla punta. La brevità del frenulo si verifica in circa il 5 % dei neonati. Una forma significativa può determinare difficoltà di allattamento, compreso inadeguato trasferimento di latte e capezzoli doloranti, irritati. Se il frenulo corto determina difficoltà nell'allattamento si può correggere con una procedura semplice, la frenulotomia, o con una più elaborata, la frenuloplastica.

Che cosa è il contatto pelle a pelle?

Il contatto pelle a pelle significa che la pelle nuda del bambino è a diretto contatto con la pelle nuda della madre. Il contatto pelle a pelle aiuta a favorire l'allattamento materno e può essere particolarmente utile in un bambino sonnolento. In un ambiente freddo madre e bambino

possono essere protetti entrambi da una coperta, o il piccolo può essere messo sotto gli indumenti della mamma.

Parliamo del calo ponderale in eccesso?

Poiché i bambini sono nati con liquidi extracorporei, la perdita di tali liquidi attraverso le urine determina il tipico calo ponderale nei primi giorni di vita. Tuttavia alcuni bambini sono particolarmente edematosi alla nascita, e quindi possono perdere quantità eccessive di peso con la diuresi. È stato osservato che alcuni interventi in travaglio possono provocare una riduzione di liquidi in eccesso nel neonato. Grandi o frequenti quantità di feci meconiali possono anche determinare l'eccessivo calo ponderale. Un calo ponderale superiore al previsto può riflettere un eccessivo sovraccarico di liquidi alla nascita o abbondanti perdite di meconio, e può non necessariamente riflettere un trasferimento di latte inadeguato in un bimbo che altrimenti sta bene.

Che cosa è il tiralatte a doppio attacco?

Il tiralatte a doppio attacco si riferisce al tiraggio di entrambe le mammelle contemporaneamente che in genere si effettua con un tiralatte elettrico. Il tiralatte a doppio attacco determina livelli più elevati di prolattina rispetto al tiraggio di una sola mammella alla volta e può essere anche più rapido per la mamma.

A cura del dr. Mario Cirulli, IBCLC

Un ringraziamento particolare per la traduzione al dr. E. Baiocchi



Massachusetts
Breastfeeding
Coalition

www.massbfc.org