

Il miglior inizio

Linea guida per neonati a termine sani, dalla nascita a 48 ore di vita

Conoscenze fondamentali

Inserite di routine queste nozioni di base nei programmi prenatali di preparazione al parto e/o nell'ambito delle visite prenatali

Informare i genitori sui seguenti punti:

- Effetti sull'allattamento al seno dei farmaci utilizzati durante il travaglio.
- Alternative che non prevedono l'uso di farmaci per il travaglio ed il parto, compreso l'utilizzo di una *doula* del parto, se disponibile.
- Effetti dell'allattamento al seno sulle malattie acute e croniche di donne e bambini, in modo tale che la madre possa operare una scelta informata su come alimentare il suo bambino.

Insegnare la tecnica per il successo dell'allattamento al seno:*

- Cercare di alimentare il neonato entro la prima ora di vita, attuando il contatto pelle a pelle.
- Offrire frequentemente il seno, e non usare latte in formula: più spesso il piccolo si nutre al seno, più latte verrà prodotto dalla madre.
- Dire di NO a ciucci e biberon.
- Dormire vicino al piccolo e nutrirlo stando sdraiati.
- Alimentarlo spesso e precocemente, alla comparsa dei primi segni di fame.
- Bocca ben aperta, labbra estroflesse.
- Guardare il piccolo, non l'orologio.
- Rendersi conto della deglutizione e del trasferimento di latte.
- Evitare il ricorso alle integrazioni senza indicazione medica.
- Allattare al seno in modo esclusivo per 6 mesi.

Promuovere una 'scelta del tempo opportuno' sia per l'allattamento al seno che per il riposo:

Suggerire ai genitori di non permettere che i visitatori interrompano o ritardino le poppate, ed essere pronti a chiedere loro di andarsene. Suggerire ai genitori di azzerare la suoneria del telefono e di riposare tra una poppata e l'altra.

Incoraggiare la donna in attesa

a partecipare alle riunioni organizzate dai gruppi di sostegno all'allattamento al seno nell'ambito della comunità (es. La Leche League)

Cerchi un gruppo di sostegno?
Consulta il sito www.mami.org

Pratiche fondamentali

Per il neonato:

Alla nascita:

- ▲ Posizionare il piccolo pelle a pelle immediatamente dopo la nascita.
- ▲ Asciugare il piccolo ed assegnare il punteggio Apgar quando si trova sopra la mamma.
- ▲ Allattare al seno entro la prima ora di vita.
- ▲ Mostrare alla madre attacco e posizionamento corretti: bocca spalancata, labbra estroflesse, "naso-capezzolo, torace contro torace"
- ▲ Ritardare le misure di profilassi (Vitamina K e applicazione di colliri o pomate oftalmiche) fino a dopo la prima poppata, al massimo entro 1 ora.
- ▲ Ritardare il bagnetto fino a dopo la prima poppata.

Prime 48 ore:

- ▲ Controllare la glicemia solo nei neonati ad alto rischio.
- ▲ Pesare il neonato, registrare i parametri vitali ed eseguire gli esami necessari nella stanza della madre.
- ▲ Eseguire tutte le procedure dolorose con il piccolo attaccato al seno oppure in contatto pelle a pelle (comprese le punture sul tallone e la somministrazione di vitamina K).
- ▲ Fare aumentare la frequenza dell'allattamento al seno ed accertarsi della presenza di deglutizione in caso di ipoglicemia, iperbilirubinemia o calo ponderale >7%.
- ▲ Non somministrare integrazioni senza una precisa indicazione medica.
- ▲ Effettuare un controllo 2 giorni dopo la dimissione e in seguito, 2 settimane dopo.

Per la madre:

- ▲ Attuare il *rooming-in* 24 ore su 24, con contatto massimo con il neonato, preferibilmente pelle a pelle.
- ▲ Il personale deve limitare le visite durante il momento della poppata o delle istruzioni alle madri.
- ▲ La madre prova una forte sensazione di stiramento, che non deve provocare dolore persistente.
- ▲ I genitori devono conoscere le modalità di attacco e di deglutizione nel corso della poppata.
- ▲ I genitori devono ricevere una linea guida scritta e verbale sulle "Abilità per il successo dell'allattamento al seno".
- ▲ La coppia madre/neonato deve dimostrare un allattamento al seno efficace prima della dimissione.
- ▲ La madre deve ricevere le informazioni necessarie per contattare i servizi di sostegno presenti nella comunità.

Sostegno fondamentale

Fornire un sostegno extra e/o prendere in considerazione l'invio ad un consulente professionale della lattazione nelle seguenti circostanze, in relazione ad aumentato rischio di problemi di allattamento al seno:

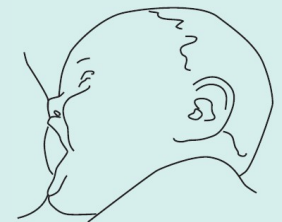
Per il neonato:

- Nascita con applicazione di vacuum extractor.
- Il riflesso di ricerca continua anche dopo la poppata.
- Calo ponderale >7% associato con difficoltà di alimentazione.
- Il piccolo risulta irritabile, irrequieto o sonnolento e rifiuta di alimentarsi.
- Utilizzo di liquidi diversi dal latte materno e del ciuccio.
- Difficoltà con l'attacco.
- Assenza di deglutizione visibile o udibile.
- Non evidenza di allattamento al seno efficace prima della dimissione.
- Anchiloglossia o altre anomalie anatomiche.
- Iperbilirubinemia.
- Ipoglicemia (<45 mg confermata dal laboratorio) in neonati a rischio o sintomatici.

Per la madre:

- Durata complessiva del travaglio >14 ore.
- Parto con taglio cesareo.
- Madre per la prima volta.
- Capezzoli piatti o invertiti.
- Capezzoli dolenti in modo ingravescente o persistente.
- Precedenti problemi di allattamento al seno.
- Utilizzo prolungato di farmaci per garantire la sicurezza nell'allattamento al seno.
- Precedente chirurgia della mammella.
- Diabete di Tipo 1.
- Obesità.
- Parto plurimo.
- Fumo.

Attacco appropriato



da:



Massachusetts
Breastfeeding
Coalition

NOTE* Evitare di richiedere materiale sull'allattamento al seno proveniente dalle industrie produttrici di latte in formula.

BIBLIOGRAFIA

Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol Number 1: Guidelines for glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term breastfed neonates, 1999. Accessed at bfmed.org on 12 April 2004.

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 5: Peripartum breastfeeding management for the health mother and infant at term. Accessed at bfmed.org on 20 April 2004.

Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol Number 6: Guideline on co-sleeping and breastfeeding. Accessed at bfmed.org on 22 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, 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.

Cornblath M, Ichord R. Hypoglycemia in the neonate. *Semin Perinatol* 2000;24:136-149.

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.

Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL. Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003;88(5):F380-02.

Gray L, Miller LW, Philipp BL, Blass EM. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2002 Apr;109(4):590-03.

Hale, T. Medications and Mothers Milk, 11th edition. Amarillo, TX: Pharmasoft, 2004.

Hall RT, Mercer AM, Teasley SL et al. A breastfeeding assessment score to evaluate the risk cessation of breastfeeding by 7 to 10 days of age. *J Pediatrics* 2002;141;659-664.

Hartmann P, Cregan M. Lactogenesis and the effects of insulindependent diabetes mellitus and prematurity. *J Nurtr* 2001;131(11):3016S-20S.

Hildebrandt HM. Maternal perception of lactogenesis time: a clinical report. *J Hum Lact* 1999;15(4):317-23.

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.

Kurinj 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.

Lieberman E, O'Donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5 Suppl Nature):S31-68.

Lu MC, Prentice J, Yu SM, Inkelas M, Lange LO, Halfon N. Childbirth education classes: sociodemographic disparities in attendance and the association of attendance with breastfeeding initiation. *Matern Child Health J.* 2003;7(2):87-93.

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.

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.

Noerr B. State of the science: neonatal hypoglycemia. *Adv Neonatal Care* 2001;1:4-21.

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.

Ransjo-Arvidson AB, Matthiesen AS, Lilja G, Nissen E, Widstrom AM, Uvnas-Moberg K. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth.* 2001 Mar;28(1):5-12.

Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000090.

Sievers E, Haase S, Oldigs HD, Schaub J. The impact of peripartum factors on the onset and duration of lactation. *Biol Neonate* 2003;83(4):246-52.

Souto GC, Giugliani ER, Giugliani C, Schneider MA. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. *J Hum Lact.* 2003;19(1):43-9.

Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD003988.

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

Associazione Italiana Consulenti Professionali in

Allattamento Materno: www.aicpam.org

Movimento Allattamento Materno Italiano: www.mami.org

Quali sono gli effetti dei farmaci usati in travaglio sull'allattamento materno?

Molti farmaci possono attraversare la placenta durante il travaglio, determinando sonnolenza nel neonato dopo la nascita. Un neonato più sonnolento può avere problemi di comportamento nell'*imprinting* dell'allattamento al seno. Alcuni farmaci possono avere più effetto di altri. Per esempio, il Fentanyl usato per via epidurale attraverso la placenta ed ha una emivita che nel neonato può raggiungere le 13 ore. La Meperidina (Demerol, Pethidina) possiede un metabolita attivo con una emivita di giorni, ed è stato dimostrato che questo farmaco in particolare ostacola il successo dell'allattamento al seno. A causa della loro tendenza a determinare sonnolenza nel neonato, l'utilizzo di narcotici durante il travaglio può ritardare il momento del primo pasto al seno efficace, aumentando così il rischio di calo ponderale in eccesso nel neonato ed un ritardo nella lattogenesi. La ricerca ha dimostrato che vari farmaci utilizzati per il dolore del travaglio di parto aumentano pianto e temperatura nel neonato e riducono i comportamenti spontanei di ricerca del seno e di allattamento al seno del piccolo.

È stato dimostrato che l'utilizzo di una *doula* professionale del parto riduce i quantitativi di farmaci antidolorifici usati dalle donne in travaglio. In generale è stato provato che le donne-istruttore del travaglio contribuiscono a ridurre l'uso dei farmaci antidolorifici durante il travaglio.

Perché l'allattamento al seno nella prima ora di vita è così importante?

Nella prima ora di vita, il neonato risulta più sveglio e più capace di memorizzare quei movimenti di suzione necessari per il successo dell'allattamento al seno. Con il passare del tempo, il piccolo diventa più sonnolento quando si riprende dalle difficoltà della nascita. Durante questa intera prima ora di veglia attiva, è importante che il piccolo sia tenuto con la madre (pelle a pelle sarebbe l'ideale). Si dovrebbero evitare spiacevoli distacchi e separazioni almeno fino al termine della prima poppata. L'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) raccomanda di asciugare il neonato e di assegnargli il punteggio di Apgar mentre si trova sopra sua madre, e di ritardare la somministrazione di vitamina K e la profilassi oculare fino al termine della prima poppata, entro 1 ora. Di Girolamo et al. hanno dimostrato che il mancato inizio dell'allattamento al seno entro la prima ora di vita risultava uno dei più efficaci indicatori di interruzione precoce dell'allattamento al seno a 2 mesi.

Che cos'è il contatto pelle a pelle e perché è così importante?

Contatto pelle a pelle significa che la pelle nuda del neonato si trova a contatto diretto con la pelle nuda della madre. Il contatto pelle a pelle contribuisce a favorire l'allattamento al seno e può risultare particolarmente utile nel caso di un neonato sonnolento. Il contatto pelle a pelle immediatamente dopo la nascita può aiutare il neonato a mantenere una adeguata temperatura corporea, e riduce il rischio di ipoglicemia associata a stress da bassa temperatura. In un ambiente freddo, sia madre che neonato possono essere coperti con una coperta, oppure il piccolo può stare sotto i vestiti della madre.

Perché dovrebbero essere evitate le integrazioni?

L'uso della formula senza una ragione medica può interferire con l'avvio e il consolidamento della produzione materna di latte. Più spesso il piccolo poppa al seno, più latte produrrà la madre, purché il trasferimento di latte sia efficace. Usare una formula senza un motivo medico può fare sì che un piccolo risulti troppo pieno per poppare al seno frequentemente.

Secondo le ricerche di Di Girolamo et al., due degli indicatori più efficaci di interruzione precoce dell'allattamento al seno risultano essere l'uso di integrazioni in ospedale ed il ritardo della prima poppata oltre la prima ora di vita. Altri indicatori comprendono: non allattare al seno a richiesta, non dormire vicino al piccolo, e l'uso del ciuccio.

Perché il ciuccio dovrebbe essere sconsigliato?

C'è una evidenza sempre maggiore che l'utilizzo del ciuccio sia associato ad una riduzione di durata dell'allattamento al seno. Il ciuccio può mascherare i primi segni di fame, quando le poppate sono importanti per l'instaurarsi e il consolidarsi di una buona produzione lattea. Inoltre, per un piccolo è normale riposarsi o fare una pausa durante una poppata; se una poppata dovesse essere terminata precocemente a favore di un ciuccio, ciò può avere effetti negativi sulle quantità di latte ingerite dal piccolo ed in tal modo sulla produzione materna di latte. Più il neonato poppa al seno, più latte farà la madre in risposta.

Le madri che usano il ciuccio spesso si accorgono di non produrre abbastanza latte. Mentre alcuni genitori utilizzano con successo il ciuccio dopo che l'allattamento al seno si è ben consolidato, l'uso del ciuccio è inadeguato nei neonati sani a termine nelle prime settimane di vita.

Se un neonato è sveglio ed attivo, fa dei movimenti con la bocca, o si succhia il pugno, probabilmente ha fame ed ha bisogno di poppare al seno. Succhiare un ciuccio richiede l'utilizzo di muscoli diversi dal succhiare al seno, cosicché l'uso del ciuccio può rendere difficile al piccolo l'imparare come poppare al seno. È probabile che un neonato che desidera poppare per piacere, raggiungerà la soddisfazione che ricerca più rapidamente dal calore del seno di sua madre piuttosto che da un ciuccio. La suzione per piacere può aiutare una madre a fare più latte attraverso la stimolazione del capezzolo. Può risultare utile spiegare alla madre che il seno non è il sostituto di un ciuccio. In realtà, in ogni parte del mondo, i ciucci vengono chiamati "dummies" [cioè cose finte], perché essi sono i sostituti del seno.

Perché si consiglia di dormire vicino al neonato?

Esiste una serie di evidenze sempre maggiore che mostra i vantaggi del dormire vicino al neonato, piuttosto che in una stanza diversa. In ospedale, è stato dimostrato che i neonati che si trovano nella stessa stanza delle loro madri dormono di più e piangono di meno, e che le madri riescono ad ottenere la stessa quantità di sonno, sia che lascino il piccolo al nido sia che lo tengano con sé.

Dormire vicino al neonato rende facile l'allattamento al seno alla comparsa dei primi segni di fame, contribuendo così a sviluppare una buona produzione di latte. Sarebbe opportuno consigliare ai genitori di continuare questa pratica anche dopo la dimissione dall'ospedale.

In particolare è stato dimostrato che la condivisione del letto (*bedsharing*) promuove l'allattamento al seno. Ci sono stati alcuni dubbi sulla condivisione del letto, se non praticata correttamente in condizioni di sicurezza. Tuttavia l'ABM sottolinea che non esistono evidenze sufficienti per sconsigliare di routine il *co-sleeping*. L'ABM definisce come *co-sleepers* "coloro che rimangono vicini tra di loro quanto basta per distinguere gli stimoli sensoriali l'uno dell'altro e poter agire su di essi, e ciò comprende sia un piccolo bambino che dorme accanto al genitore su un mobile o un oggetto diversi," come pure un piccolo che condivide il letto con un genitore.

continua

I dati sul *bedsharing* mostrano che questi bambini imparano a rispondere ai movimenti ed agli atti respiratori delle loro madri e che le madri imparano a rispondere ai primi segnali di fame del bambino. È stato appurato che i piccoli che condividono il letto passano una maggiore quantità di tempo a poppare rispetto a quelli che non lo fanno, e ciò contribuisce a costituire una buona produzione di latte. Inoltre far poppare il piccolo in posizione sdraiata consente ad entrambi i genitori di svegliarsi molto più riposati al mattino.

Tenere a dormire il piccolo in una stanza diversa da quella della madre, anche attivando un “baby-monitor”, non porta questi vantaggi. Il pianto è un segno di fame tardivo, ed è importante alimentare il bambino molto prima che sia possibile sentirlo piangere da un'altra stanza. Inoltre risulta anche più difficile alimentare un bambino che piange.

Se una madre condivide il letto con il proprio figlio, è importante che sappia come farlo in condizione di sicurezza:

- Entrambi i lati del letto dovrebbero trovarsi lontano dalla parete in modo tale da evitare un intrappolamento.
- Si dovrebbe evitare di usare coperte imbottite, piumoni, o cuscini.
- Si dovrebbero evitare superfici morbide come materassi ad acqua, sofà, e sdraie.
- Nessuno dei due genitori dovrebbe trovarsi sotto l'influsso di alcool, droghe o farmaci che potrebbero interferire con le loro capacità di svegliarsi.
- Allo stesso modo di quando dorme in una stanza diversa, il bambino dovrebbe essere messo a dormire sulla schiena.
- Un piccolo non dovrebbe dormire da solo su un letto da adulti.
- Nessuno, eccetto i genitori dovrebbe condividere il letto con il piccolo.
- Dal momento che il rischio di SIDS risulta più elevato nei figli di fumatori, si consiglia ai genitori che fumano di non praticare il *bedsharing*, mentre è permesso loro di dormire con il piccolo accanto.

Perché eseguire le procedure che provocano dolore mentre il piccolo è al seno?

Gray ed al. hanno evidenziato che i piccoli sopportano le punture sul tallone in modo migliore se vengono effettuate durante l'allattamento al seno. I piccoli piangono di meno e fanno meno smorfie, ed essenzialmente hanno una frequenza cardiaca più bassa, in confronto a quelli immobilizzati nella loro culla durante la procedura. Si ritiene che l'allattamento al seno possieda un potente effetto analgesico ed anche lo stesso contatto pelle a pelle può avere un simile effetto.

In che modo si può sostenere l'allattamento al seno in caso di ittero elevato?

L'ittero è comune nei neonati e di solito è normale, ma talvolta può rappresentare il segno di una grave patologia. Se l'ittero è presente nel neonato nelle prime 24 ore di vita, non è mai normale e richiede una ulteriore valutazione medica.

“Ittero” è un termine aspecifico riferito all'ingiallimento della cute determinato dalla bilirubina. Poiché un certo livello di ittero può essere normale, il termine “iperbilirubinemia” indica in modo più accurato la necessità di attenzione medica. Quando vengono misurati i livelli di bilirubina, il limite superiore della norma varia in base all'età del neonato.

L'iperbilirubinemia può essere un segno di trasferimento di latte non adeguato. Di solito non significa che un neonato abbia bisogno di assumere latte in formula, ma dovrebbe sollecitare una valutazione da parte di un IBCLC. Poppare frequentemente può contribuire alla risoluzione più rapida dell'ittero, purché ci sia una deglutizione udibile o visibile, che indica che il neonato sta effettivamente prendendo latte. In accordo con l'ABM, non sono indicate integrazioni nel neonato con livelli di bilirubina inferiori a 20 mg% dopo 72 ore di vita se il piccolo si sta alimentando bene, emette feci ed urine in modo adeguato ed ha un calo ponderale inferiore al 7%. (L'ABM non fa riferimento a neonati di età anche minore). Dalla nascita fino a 48 ore, non esiste alcuna indicazione per interrompere l'allattamento al seno a scopo diagnostico nell'ambito della valutazione dell'ittero.

Quali sono i fattori di rischio per le difficoltà relative all'allattamento al seno, e per quali motivi?

In linea generale, travaglio e parto più difficili si associano a ritardo nell'inizio della lattazione e/o a difficoltà di suzione da parte del neonato. L'inizio della lattazione si definisce ritardata quando supera le 72 ore. Dewey ed al. (2003) hanno accertato che taglio cesareo e primiparità rappresentano i due fattori di rischio più rilevanti. Le neo madri hanno molti motivi per avere difficoltà di allattamento al seno: infatti tendono ad avere travagli più prolungati, è più probabile che abbiano ricevuto analgesia in travaglio, ed inoltre sono prive di precedenti esperienze di allattamento al seno.

Altri fattori di rischio relativi sia al ritardo di inizio della lattazione che alle difficoltà di suzione del neonato risultano: capezzoli piatti o invertiti, obesità materna (BMI>27), e durata totale del travaglio

superiore a 14 ore. Inoltre anche i neonati con punteggio di Apgar al 1° minuto pari a 7 od inferiore tendono a presentare difficoltà di suzione. Hall ed al. hanno dimostrato che anche l'applicazione di vacuum extractor è legata a difficoltà di alimentazione. Tutte le suddette coppie madre/neonato possono avere bisogno di un aiuto aggiuntivo nell'allattamento al seno.

Anche nel caso in cui i neonati abbiano iniziato con comportamenti di suzione eccellenti durante il 1° giorno di vita, Dewey ed al. hanno accertato che il successivo uso di ciucci o di liquidi diversi dal latte materno nelle prime 48 ore risultava collegato al successivo manifestarsi di difficoltà di suzione in 3ª e 7ª giornata. Numerosi altri studi hanno anche collegato l'uso di ciucci e di integrazioni non indicate ad un precoce svezzamento dal seno materno.

Un calo ponderale eccessivo può essere determinato da un ritardo nell'esordio della lattazione o da difficoltà di suzione del neonato o da entrambe le condizioni.

La chirurgia che interessa la mammella può gravemente alterare l'anatomia mammaria e può essere in grado di determinare problemi potenziali con l'allattamento al seno. Un rischio particolare è rappresentato dalle incisioni periareolari, come pure da qualsiasi incisione che sia in grado di danneggiare l'innervazione del capezzolo, influenzando così negativamente il riflesso di emissione del latte. Molte donne che sono state sottoposte ad interventi di chirurgia mammaria possono ancora allattare al seno, ma dovrebbero essere strettamente controllate in relazione al rischio di non potere soddisfare i fabbisogni nutrizionali dei loro figli, e di poter avere bisogno di integrazioni.

Anche molti altri fattori possono ridurre il volume di latte, come fumo di sigarette, traumatismi o chirurgia mammaria o toracica, ed inadeguata frequenza delle poppate. Il fumo determina una diminuzione del volume di latte secondo una modalità dose-dipendente. Esiste anche una qualche evidenza che i contraccettivi ormonali possano ridurre il volume di latte, in particolare quelli contenenti estrogeni, dal momento che gli estrogeni possono sopprimere la produzione latte. Tuttavia, ancora non sono disponibili molte notizie sugli effetti dei contraccettivi ormonali nei confronti del volume di latte. Sono stati sollevati dubbi sulla somministrazione di Depo-Provera prima dell'attuazione di una produzione latte completa. [Il produttore consiglia di aspettare fino a 6 settimane dopo il parto, mentre il noto farmacologo Thomas Hale consiglia di ritardare la somministrazione di tutti i progestinici “fino a 3 giorni dopo il parto, se non per un periodo più prolungato”]. È opportuno sottolineare che è stato dimostrato che l'allattamento al seno esclusivo nei primi mesi riduce in maniera significativa la fertilità.

Che cosa significa 'anchiloglossia'?

La lingua legata, o anchiloglossia, si verifica quando il frenulo linguale al di sotto della lingua risulta troppo corto o dislocato anteriormente. Ciò può limitare la mobilità della lingua. Quando il piccolo tenta di tirar fuori la lingua, questa sembra a forma di cuore o possiede una incisura a forma di V sulla punta. L'anchiloglossia si verifica in circa il 5% dei neonati. Una anchiloglossia significativa può determinare difficoltà nell'allattamento al seno, compresi un trasferimento inadeguato di latte e dolore ai capezzoli. Qualora l'anchiloglossia comporti difficoltà nell'allattamento al seno, può essere sottoposta a correzione con una procedura semplice, la frenulotomia, o con una più complessa, la frenuloplastica.

Qual è l'approccio per le difficoltà nell'attacco?

I problemi relativi all'attacco al seno possono essere correlati ad eventi del parto, all'età gestazionale, all'uso di tettarelle artificiali (cioè ciucci o biberon), a fonti di distrazione durante il momento della poppata, a pianto, a separazione dalla madre, a riduzione dell'appetito, a ridotta capacità di suzione, oppure a tentativi di far poppare il neonato quando non mostra segni di fame.

Considerate i seguenti interventi per ottenere un attacco ben riuscito:

- Tenere madre e neonato insieme pelle a pelle, quanto più possibile.
- Evitare distrazioni durante il momento della poppata, come la presenza di persone in visita.
- Posizionare il neonato al seno non appena mostra segni di fame.
- Posizionare il neonato per un attacco asimmetrico in modo tale che la mandibola risulti più a contatto con il seno della mascella. Una lieve flessione del capo è in grado di mantenere la pervietà della via aerea. Quando la bocca del piccolo è aperta come per sbadigliare, spostare la bocca verso il seno, mentre il mento ed il labbro inferiore hanno il primo contatto, seguiti dal labbro superiore e dalla punta del naso. Alcune madri ed alcuni neonati trovano che l'attacco risulta più facile quando la madre offre la parte dell'areola situata al di sotto del capezzolo come primo punto di contatto con la bocca del piccolo: ciò contribuisce a favorire l'attacco in quella parte del seno. Quindi il labbro inferiore ed il mento possono essere collocati ben al di sotto del capezzolo, mentre il naso caratteristicamente si trova a livello del capezzolo. Quindi la bocca del bambino si muove su e giù sul seno, mentre la madre tiene il piccolo vicino a sé. Il labbro superiore dovrebbe prendere contatto proprio al di sopra del capezzolo.

- Aiutare il piccolo ad aprire la bocca quanto più possibile – in modo ideale con un angolatura di 150° all'angolo della bocca. Se il neonato non aprirà abbastanza la bocca per attaccarsi senza provocare dolore, o qualora stringa la mascella, tenetegliela tra i vostri pollice ed indice e spostatela di poco da un lato all'altro. Controllate osservando se il labbro inferiore è spostato in basso, fatto che impedisce una apertura completa della bocca. Se la bocca non è aperta di almeno 130°, tirate leggermente il mento verso il basso, rovesciate il labbro inferiore e favorite una apertura più ampia della bocca.
- Un neonato che sta piangendo o tiene la punta della lingua sollevata, innanzitutto avrà bisogno di essere calmato. La lingua può essere tirata dolcemente verso il basso ed in avanti prima che il piccolo si attacchi al seno.
- Deporre una piccola quantità di colostro spremuto sul seno utilizzando un contagocce, una siringa o un piccolo sondino. Ciò aiuta a favorire l'attacco. Utilizzare una qualsiasi delle seguenti tecniche per dare origine a questo "incentivo del colostro":
 - Porre da una parte della bocca del neonato una siringa o un contagocce morbido che provocheranno la suzione e produrranno una piccola quantità di colostro ad ogni suzione. Proseguire finché il piccolo mostra chiaramente una suzione ritmica e deglutisce al seno materno.
 - Utilizzare il tubicino di un ago a farfalla (avendo prima provveduto a togliere l'ago) raccordato ad una siringa da 10 cc ed attaccato con il cerotto al seno in modo tale da far defluire il colostro spremuto. Questa tecnica può anche fornire una integrazione, se necessario.
- Fare in modo che la madre utilizzi una presa ad U per fornire un adeguato sostegno alla mascella, nel caso che il neonato sia incapace di mantenere un attacco al seno appropriato. La presa ad U (nota anche come presa Dancer) è una presa a C che viene ruotata di 90° così che la mano è posta al di sotto del seno invece che sul lato: il pollice viene posizionato sul margine laterale del seno mentre le altre quattro dita rimangono sulla parte mediale del seno, oppure viceversa. Questa posizione della mano spesso risulta utile per prematuri, per neonati con suzione debole, o per quelli con problemi muscolari o neurologici che inibiscono i normali movimenti della mascella. Con la presa ad U, l'intera mascella ed il seno materno sono sostenuti insieme, usando la stessa mano. Il pollice e l'indice di questa mano si trovano quindi in una posizione tale da poter essere posti su entrambe le guance del piccolo e possono essere premuti delicatamente all'interno per determinare contatto tra le superfici della bocca ed il capezzolo. Ciò consente a tutte le parti della bocca del neonato di essere in contatto con il seno.

- Valutare una eventuale anchiloglossia: la lingua del neonato possiede una incisura a forma di V, quando è tirata fuori.
- Spremere manualmente il colostro e darlo al neonato per contribuire ad assicurargli un'adeguata assunzione. Utilizzare un cucchiaino, un bicchierino, una siringa o un contagocce. Ciò può anche contribuire a calmare un neonato che piange.
- Un consulente della lattazione può consigliare l'uso giudizioso di un paracapezzolo in caso di situazioni particolari.
- Incoraggiare le madri a massaggiare ed a comprimere con delicatezza il seno quando il neonato compie delle pause durante la suzione. Ciò può determinare una abbondante secrezione di colostro/latte.

Si deve rimarcare che un attacco ben riuscito non assicura necessariamente il trasferimento di latte a meno che il neonato non dimostri anche una deglutizione udibile o visibile.

Quali neonati dovrebbero essere sottoposti a screening per ipoglicemia?

Secondo l'ABM, i seguenti neonati risultano a rischio per ipoglicemia e dovrebbero essere sottoposti a screening:

- Piccoli per l'età di gestazione (SGA); <10° percentile per il peso.
- Gemelli discordanti (il più piccolo).
- Grandi per l'età di gestazione (LGA); > al 90° percentile per il peso.
- Neonati di madre diabetica.
- Neonati di Basso peso alla nascita (<2500 g).
- Neonati con sindrome post-asfittica.
- Neonati con eritroblastosi fetale.
- Neonati affetti da policitemia (Hct venoso >70%).
- Presenza di microfallo o difetto della linea mediana.
- Sindrome di Beckwith-Wiedemann
- Stress da freddo/ipotermia.
- Altre condizioni di stress, quali distress respiratorio, sepsi, ecc.

Lo screening non è consigliato in altri neonati. I neonati di madri diabetiche dovrebbero essere sottoposti a screening a circa 30 minuti dalla nascita; gli altri neonati ad alto rischio possono invece essere sottoposti a screening a 2 ore dalla nascita. Lo screening può essere eseguito utilizzando gli stick glicemici [al letto del paziente]. Comunque, un valore basso deve essere confermato da un esame di laboratorio eseguito su plasma o siero.

La Massachusetts Breastfeeding Coalition utilizza questa definizione operativa di ipoglicemia:

Valori dei parametri neonatali	Età in ore dopo la nascita	Livello glicemico di intervento
Vicino al termine (34-37set), asintomatico		
• <i>Assenza di fattori di rischio</i>	prima delle 24 ore	< 30-35 mg/dL
	dopo le 24 ore	< 40-50 mg/dL
Neonato sintomatico		
• <i>Segni di ipoglicemia</i>	qualsiasi età	< 45 mg/dL
• <i>Qualsiasi età gestazionale</i>		
Neonato a rischio		
• <i>(vedi sopra per i criteri)</i>	qualsiasi età	< 36 mg/dL

NOTA:

- I neonati con livelli glicemici < 20-25 mg/dL richiedono la somministrazione EV di glucosio ed un attento monitoraggio.
- I neonati a termine sani asintomatici senza alcun fattore di rischio NON dovrebbero essere sottoposti a screening.

Che cosa è l'ipoglicemia sintomatica e in che modo dovrebbe essere trattata?

Secondo il Protocollo Clinico sull'Ipoglicemia dell'Academy of Breastfeeding Medicine:

Non si finisce mai di rimarcare abbastanza che tutti i segni clinici di ipoglicemia sono aspecifici, ed il medico deve definire lo stato generale del neonato con l'osservazione e l'esame obiettivo per escludere patologie che possono richiedere valutazione di laboratorio e trattamento ulteriori. Alcuni tra i segni più comuni sono:

- Tremori, irritabilità, irrequietezza, riflesso di Moro accentuato.
- Pianto di tonalità alta
- Convulsioni
- Letargia, apatia, debolezza, ipotonia
- Cianosi, apnea, polipnea incostante
- Ipotermia, instabilità termica, instabilità vasomotoria
- Suzione debole e rifiuto di alimentarsi.

CONSIGLI PER LA GESTIONE

I neonati **sani** a termine non sono in grado di sviluppare ipoglicemia sintomatica in conseguenza di insufficiente alimentazione. Pertanto, in tali neonati è necessario escludere una patologia sottostante.

I test di screening eseguiti al letto del paziente devono essere confermati da una valutazione glicemica effettiva eseguita in laboratorio.

Il **monitoraggio** dovrebbe iniziare entro 30 minuti dalla nascita per i neonati di madre diabetica e non più tardi delle 2 ore di vita per i neonati che appartengono ad altre categorie di rischio. I neonati a rischio dovrebbero essere controllati ogni 2-4 ore prima della poppata, fino a quando si osservi una glicemia normale dopo controlli ripetuti mentre il neonato poppa con regolarità al seno. È possibile ridurre al minimo il rischio di **ipoglicemia** con l'inizio precoce dell'allattamento al seno, entro i primi 30-60 minuti dopo il parto. L'allattamento al seno precoce non deve essere escluso solo perché il neonato rientra nei criteri previsti per il monitoraggio glicemico.

L'inizio e l'attuazione dell'allattamento al seno sono favoriti dal contatto pelle a pelle di madre e neonato. Tale pratica manterrà normale la temperatura corporea del neonato e ridurrà il dispendio energetico, stimolando nel contempo suzione e produzione di latte. Le poppate dovrebbero essere frequenti, almeno 10-12 nelle 24 ore, mentre il neonato dovrebbe essere posto al seno alla comparsa dei più precoci segnali di fame (va sottolineato che il pianto rappresenta un segno di fame tardivo).

In un neonato sintomatico, si dovrebbe somministrare glucosio per via endovenosa. Iniziare il glucosio e.v. utilizzando un bolo di 2cc/Kg di soluzione glucosata al 10% seguito da una infusione continua di 6-8 mg/Kg/min di glucosio (circa 100cc/Kg/die). Non affidarsi alla alimentazione orale o intragastrica (cioè per gavage) per correggere l'ipoglicemia. Un neonato con questo problema non deve essere considerato normale, e quindi richiede un esame ed una valutazione attenta.

Favorire l'allattamento al seno frequente dopo la scomparsa dei sintomi.

Regolare la velocità di infusione endovenosa in base alle variazioni della glicemia.

Una volta che la glicemia si sia stabilizzata, fare riprendere l'allattamento al seno e ridurre lentamente l'infusione endovenosa. Continuare a controllare i valori glicemici prima delle poppate finché siano stabilizzati senza ricorso alla terapia endovenosa.

È necessario documentare attentamente segni, esame obiettivo, valori dello screening, conferma da parte del laboratorio, tipo di trattamento e variazioni delle condizioni cliniche.

Come dovrebbe essere gestita l'ipoglicemia asintomatica?

Secondo il Protocollo Clinico sull'Ipoglicemia dell'Academy of Breastfeeding Medicine:

- Proseguire l'allattamento al seno (ogni 1-2 ore circa) o ricorrere all'alimentazione con latte materno spremuto o con sostituti del latte materno (all'incirca 10-15 ml/kg). Secondo il protocollo dell'ABM sulle Integrazioni, i sostituti del latte materno sono consigliati soltanto se l'ipoglicemia non risponde al trattamento con allattamento al seno frequente.
- Ricontrollare la glicemia prima delle poppate successive finché il valore si stabilizzi.
- Se il neonato non è capace di succhiare, evitare l'alimentazione con sondino naso gastrico ed iniziare la terapia endovenosa. Un neonato che presenta tale problema non deve essere considerato normale e richiede quindi un esame ed una valutazione attenta, oltre ad una terapia più intensiva.
- Se l'alimentazione entrale non viene altrimenti tollerata, iniziare infusione endovenosa di glucosio. Anche un neonato con tale problema non è normale e richiede attenti esame e valutazione come pure una terapia più intensiva.
- Terapia endovenosa: 2cc/Kg di soluzione glucosata al 10% in bolo seguiti da una infusione continua di 6-8 mg/Kg/min. di glucosio (all'incirca 100cc/Kg/die). Ripetere la glicemia entro 30 minuti, ed in seguito periodicamente finché non si stabilizza.
- Se la glicemia è bassa nonostante le poppate, iniziare infusione endovenosa 6-8 mg/Kg/min di soluzione glucosata al 10% (circa 100cc/Kg/die).
- Regolare la velocità di infusione del glucosio secondo i valori della glicemia.
- Una volta che la glicemia sia stabile entro il range della norma, proseguire l'allattamento al seno e ridurre lentamente l'infusione endovenosa. Controllare la glicemia prima delle poppate finché i valori siano stabili anche senza ricorrere alla terapia endovenosa.
- Documentare attentamente segni, esame obiettivo, valori glicemici di screening, conferma da parte del laboratorio, tipo di trattamento e variazioni delle condizioni cliniche.