

Come implementare la produzione di latte materno: le buone tecniche

Arturo Giustardi*, Monica Stablum**, Arianna De Martino***

*Neonatologia, Clinica "N.S. di Lourdes"- Napoli

**Coordinatrice Inf. Ped. e Neon. Ospedale di Bressanone

***Divisione di Pediatria e Neonatologia, Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri Cremona

Premessa

L'allattamento al seno è una delle pratiche di salute più naturali, economiche e di sicura utilità e rappresenta la scelta alimentare d'elezione per i primi mesi di vita in quanto in grado di render più forte il legame psico-affettivo tra madre e bambino e di migliorare la salute di entrambi. Nel corso degli anni numerosi sono stati i documenti e le raccomandazioni per favorire il successo dell'allattamento al seno (10 passi per garantire un successo dell'allattamento al seno - Ospedali amici dei bambini), studiati con l'obiettivo di favorire in tutti gli ospedali la migliore accoglienza dei nuovi nati e garantire un sostegno all'allattamento al seno. A dispetto di una sempre più consistente documentazione sui benefici dell'allattamento al seno in età infantile e negli anni successivi e del consenso raccolto attorno alle politiche di promozione, i risultati sono inferiori a quanto auspicabile. La ragione principale di questa distanza tra raccomandazioni e pratica va ricercata nella difficoltà ad attuare quei processi di cambiamento che richiedono rotture definitive con norme inveterate che non sempre sono realizzabili. Probabilmente, nella stesura delle raccomandazioni spesso vengono sottovalutati gli ostacoli per superare queste regole e si tende ad esaurire il proprio mandato nel dichiarare ciò che si dovrebbe fare, piuttosto che misurarsi sul ciò che è possibile fare. Quindi, non esistono consigli adattabili a tutti poiché il successo dell'allattamento al seno dipende da una serie di fattori concatenati materni, neonatali, familiari e ambientali. Molti studi sono stati realizzati per il neona-

to a termine e altrettante buone tecniche descritte e, quando possibile, applicate con successo. Ma ciò che per il neonato a termine, sano, rappresenta la normalità non assume lo stesso significato per il neonato pretermine.

Il neonato pretermine

La necessità di aumentare la produzione di latte è tanto più importante in caso di nascita prematura a causa del distacco precoce tra madre e neonato. Anche i neonati pretermine che si alimentano con latte materno rispetto a quelli alimentati con latte adattato hanno minori infezioni e rischio di sviluppare una NEC, come pure hanno migliore sviluppo cognitivo, neurologico e visivo. La scelta migliore per il neonato pretermine sarebbe quindi quella di essere alimentato con latte della propria madre, di imparare ad attaccarsi al seno durante la degenza in TIN e di continuare a casa dopo la dimissione. Le donne che desiderano allattare al seno il proprio neonato pretermine sono spesso inizialmente incoraggiate a spremere il latte manualmente o con la tiralatte. Il latte è quindi somministrato al piccolo attraverso il gavage o con il biberon. Dopo questa prima fase che può durare anche a lungo, alcune donne sono capaci di passare senza difficoltà alla suzione completamente al seno con poco aiuto, altre ci mettono più tempo e sentono questo periodo come pieno di sfide ed errori che spesso porta alla rinuncia dell'allattamento per sfiducia e stanchezza. Quasi tutte le donne che provano ad allattare con latte materno

(spremuta e data con il biberon) o al seno se il piccolo è pronto, notano che solitamente sono strettamente regolate dal tempo, con limitazioni del periodo di permanenza al seno del piccolo (che talvolta può non desiderare mangiare al momento) e valutazione del peso del bambino prima e dopo la poppata per quantizzare la poppata appena fatta.

Allora, piuttosto che incoraggiato ad attaccarsi al seno più di frequente il neonato passa dal latte spremuto con biberon a quello adattato sempre con il biberon. Contemporaneamente la madre diminuisce la frequenza di stimolazione del seno creando una reale diminuzione del latte.

Diversi fattori contribuiscono negativamente sulle possibilità di poter allattare al seno.

Da parte materna influenzano negativamente: l'errata convinzione che il latte sia insufficiente, i sentimenti di vulnerabilità e la mancanza di fiducia, l'assenza di desiderio di allattare già da prima della nascita, le scelte personali, l'imbarazzo di allattare in pubblico, la facilità a tirare il latte con la tiralatte e la comodità del biberon per quantizzare il latte e per far partecipare il padre ed altri membri della famiglia alla nutrizione del neonato.

Da parte neonatale grande importanza hanno: i comportamenti immaturi nei confronti dell'alimentazione come la mancanza di chiari segni di fame, o la scarsa forza di suzione. Per alimentarsi il neonato ha bisogno di coordinare la suzione con la respirazione e la deglutizione. L'abilità di succhiare e deglutire che è già presente a 28 settimane non è completamente coordinata fino a 32 settimane circa. Per questo, stimolare la suzione non nutritiva durante il gavage può incoraggiare lo sviluppo della coordinazione e migliorare la digestione del latte attraverso la produzione di ormoni coinvolti nei processi digestivi.

Le informazioni che le madri ricevono dalle infermiere e dai medici della terapia intensiva possono influenzare favorevolmente o negativamente la decisione di allattare al seno o con il latte spremuto. È importante informare le donne sulla differenza che esiste di allattare direttamente al seno rispetto al biberon in modo da decidere con consapevolezza. Anche per il neonato pretermine infatti, l'allattamento al seno procura effetti benefici come pure comporta vantaggi fisici e psicologici per la madre. Alcuni si notano sul breve termine altri hanno bisogno di un lungo periodo per potersi manifestare. Valori di saturazione di ossigeno più alti dovuti ad una mi-

gliore coordinazione suzione-deglutizione, temperatura corporea più stabile dovuta al contatto pelle-a-pelle, minori variazioni della frequenza cardiaca e respiratoria e meno episodi di apnea, sono solo alcuni dei vantaggi neonatali dovuti alla suzione del seno. I benefici per la madre sono legati principalmente al minore traumatismo della suzione neonatale, ai vantaggi a lungo termine (diminuita incidenza di diabete tipo 2 e cancro al seno) dovuti al mantenimento e alla prosecuzione dell'allattamento al seno, agli effetti psicologici positivi e alla praticità di non dover conservare e riscaldare il latte. In alcune terapie intensive neonatali si riesce a far allattare le madri con più facilità e prima della dimissione. Diversi studi hanno riportato che ciò è dovuto principalmente all'incoraggiamento che le madri ricevono dai medici e dalle infermiere.

D'altra parte nonostante l'aiuto dei medici e delle infermiere le donne che non hanno intenzione di allattare prima della gravidanza hanno maggiori difficoltà o non accettano di tirare il latte dopo la nascita del loro bambino.

Aumenta notevolmente la possibilità di allattare al seno in futuro: tirare il latte per almeno cinque volte al giorno, mettere il neonato al seno non appena stabile (sicuramente dalle 34 settimane di età gestazionale corretta) e quando non riescono ancora a succhiare iniziare con il contatto pelle-a-pelle della terapia can-guro. Il contatto pelle-a-pelle ha un effetto positivo sull'umore della madre che a sua volta favorisce la produzione di latte.

Incoraggiare le madri a produrre latte

- Si dovrebbe redigere un protocollo per assicurare di dare il latte spremuto dal seno materno (da inserire tra le cure al neonato) discutendone anche in epoca prenatale.
- Cominciare a spremere il latte non appena possibile (6-8 ore dalla nascita) senza aspettare che il neonato "si stabilizzi".
- Il seno va svuotato dalle 6 alle 7 volte al giorno con un riposo notturno di 5-6 ore.
- La produzione di latte in 7° giornata è predittiva della prosecuzione dell'allattamento e alla dimissione sarà > 500 ml.
- Discutere con la madre, il padre e la famiglia dell'importanza del latte materno.
- Valutare la tecnica di spremitura del latte.
- Assicurare un ambiente favorevole e di sostegno
- Massaggiare regolarmente il seno usando una buona tecnica.

- Spremere il latte simultaneamente con tiralatte di buona qualità con imbuto di diametro adeguato (troppo piccolo comprime i dotti).
- In condizioni di stress la madre può avere molte difficoltà a produrre latte.

Il massaggio del seno

- Si deve iniziare prima di cominciare a spremere.
- Accarezzare/strofinare il seno con movimenti lievi come una piuma.
- Cominciare dalla base del seno con movimenti dolci delle nocche verso il basso e arrivare all'areola.
- Stimolare delicatamente con movimenti rotatori il capezzolo (tra pollice ed indice) o accarezzarlo con il palmo della mano.
- Il massaggio va completato accarezzando l'area sotto il capezzolo e l'areola con la mano a piatto con movimento verso l'alto.

L'allattamento al seno è un sistema complesso, in quanto il suo successo dipende sia da fattori di natura personale che dal contesto sociale e dalle sue regole come la possibilità di usufruire di servizi di sostegno sanitari, familiari o sociali. Non c'è quindi una sola causa ma una serie di elementi che insieme agiscono negativamente o positivamente.

Gli operatori che si prendono cura del neonato dovrebbero essenzialmente capire quali sono i principali fattori e preoccupazioni che impediscono alle donne di iniziare e proseguire l'allattamento al seno e di tenerli sempre presenti durante le discussioni informative sul miglior modo di alimentare il neonato. Le donne hanno infatti bisogno di informazioni corrette e basate sull'evidenza scientifica in modo da poter fare una scelta giusta e consapevole.

Infine, fondamentale per il successo dell'allattamento al seno è la comunicazione, sia tra i professionisti che tra professionisti e madri per evitare che l'attenzione sia posta solo sul contenuto delle raccomandazioni invece di facilitarne la più estesa adozione possibile.

Bibliografia

- Alexandre C, Bomy H, Bourdon E et al. Lactation counselling support provided to mothers of preterm babies who intend to breastfeed. Evaluation of an educational intervention in a level III perinatal unit. *Arch Pediatr* 2007 Nov; 6.
- Amaizu N. Maturation of oral feeding skills in preterm. *Acta paediatr* 2008.
- Betty R. Care Unit on Outcomes of Extremely Low Birth Weight Infants at 30 Months. *Pediatrics*, 2007.
- Boo NY, Jamli FM. Short duration of skin-to-skin contact: effects on growth and breastfeeding. *J Paediatr Child Health* 2007; 43 (12): 831.
- Buckley KM, Charles GE. Benefits and challenges of transitioning preterm infants to at-breast feedings. *International Breastfeeding Journal* 2006; 1: 13.
- Dall'Oglio I, Salvatori G, Bonci E et al. Breastfeeding promotion in neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high-risk infants. *Acta Paediatr* 2007 Nov; 96 (11): 1626.
- Flacking R, Ewald U, Nyqvist KH, Starrin B. Trustful bonds: A key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Soc Sci Med* 2006; 62 (1): 70.
- Heiman H, Schanler RJ. Enteral nutrition for premature infants: the role of human milk. *Semin Perinatol F&N* 2007.
- Howe TH. Psychometric characteristics of the Neonatal Oral-Motor Assessment Scale. *Dev Med Child Neurol*. 2007.
- Jones E. Optimizing the provision of human milk for preterm infants. *Arch Dis Child* 2007
- Miracle DJ, Meier PP, Bennett PA. Mothers' decisions to change from formula to mothers' milk for very-low-birth-weight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 33 (6): 692-703.
- Pinelli J. Non nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane* 2005.
- Reading R. Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study. *Child Care Health Dev*. 2007.
- Shin H et al. The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2007.
- Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics* 2006 Jul; 118 (1): e115.
- Ystrom E. The impact of maternal negative affectivity and general self efficacy. *J Pediatr* 2008.