

10^ο Κλινικό Πρωτόκολλο Ιατρικής Ακαδημίας Θηλασμού: Ο θηλασμός του όψιμου πρόωρου (34-36 6/7) και πρώιμου τελειομένου βρέφους (37-38 6/7), 2^η αναθεώρηση 2016

Eyla G. Boies, Yvonne E. Vaucher, and the Academy of Breastfeeding Medicine

Ένας κύριος στόχος της Ιατρικής Ακαδημίας του Μητρικού Θηλασμού (ABM) είναι η δημιουργία κλινικών πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση ιατρικών προβλημάτων που εμφανίζονται συχνά και είναι ικανά να επηρεάσουν την επιτυχία του μητρικού θηλασμού. Τα πρωτόκολλα αυτά χρησιμοποιούνται μόνο υπό μορφή οδηγιών για τη φροντίδα των μητέρων και των νεογνών που θηλάζουν και δεν σκιαγραφούν αποκλειστική μέθοδο θεραπείας ούτε χρησιμεύουν ως πρότυπα ιατρικής περίθαλψης. Μπορεί να χρειάζονται παραλλαγές στην αντιμετώπιση προσαρμοσμένες στις ανάγκες του κάθε ασθενή.

Κυριότερα σημεία διαφοροποίησης από τις οδηγίες του 2010

1. Τα πρώιμα τελειόμηνα βρέφη αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα σχετιζόμενα με τον θηλασμό, παρόμοια με τα όψιμα πρόωρα βρέφη.
2. Οι στρατηγικές ενεργητικής καθοδήγησης στον θηλασμό για πολλά όψιμα πρόωρα βρέφη και κάποια πρώιμα τελειόμηνα βρέφη είναι μεγάλης σημασίας.
3. Η έγκαιρη άμελξη πύατος (ή πρωτόγαλου) μέσα στην 1^η ώρα μετά τον τοκετό είναι πολύ σημαντική.
4. Η άμελξη με το χέρι με ή χωρίς τη χρήση θηλάστρου τις πρώτες ώρες και μέρες μετά τον τοκετό είναι μεγάλης σημασίας.
5. Υπάρχει κίνδυνος σιδηροπενίας και σιδηροπενικής αναιμίας στο όψιμο πρόωρο θηλάζον βρέφος.
6. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για μακροχρόνια νευροαναπτυξιακά προβλήματα στο όψιμο πρόωρο βρέφος.

Σκοπός

Ο σκοπός αυτού του πρωτοκόλλου είναι:

1. Να βοηθήσουμε το όψιμο πρόωρο και το πρώιμο τελειόμηνο βρέφος να θηλάσει και/ή να σιτιστεί με μητρικό γάλα στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό.
2. Να υπάρχει αυξημένη ευαισθησία για τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσουν τα όψιμα πρόωρα και πρώιμα τελειόμηνα βρέφη και οι μητέρες τους με τον θηλασμό.
3. Να υπάρχουν διαθέσιμες στρατηγικές για την έγκαιρη αναγνώριση και την αντιμετώπιση προβλημάτων με τον θηλασμό που μπορεί να έχει το όψιμο πρόωρο και το πρώιμο τελειόμηνο βρέφος, τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και εκτός αυτού.
4. Να αποφευχθούν προβλήματα όπως η αφυδάτωση, η υπογλυκαιμία, η υπερχολερυθριναιμία, η επανεισαγωγή στο νοσοκομείο και η ανεπαρκής πρόσληψη βάρους στο όψιμο πρόωρο και το πρώιμο τελειόμηνο βρέφος.

Υπόβαθρο

Το αρχικό πρωτόκολλο της Ιατρικής Ακαδημίας Θηλασμού γράφτηκε για το «κοντά στην τελειόμηνη ηλικία βρέφος» γεννημένο μεταξύ 35 0/7 και 36 6/7 εβδομάδων κύησης. Το 2005 το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και Ανθρώπινης Ανάπτυξης όρισε τα βρέφη που γεννήθηκαν μεταξύ 34 0/7 και 36 6/7 εβδομάδων

κύησης ως όψιμα πρόωρα, με σκοπό να υπάρξει μια κοινή ορολογία και να τονίσει το γεγονός ότι αυτά τα βρέφη είναι ουσιαστικά «πρόωρα» και όχι «σχεδόν τελειόμηνα».

Τα τελευταία 10 χρόνια υπάρχουν ολοένα και περισσότερες αναφορές στη βιβλιογραφία που αναγνωρίζουν αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας στο όψιμο πρόωρο βρέφος που συχνά σχετίζεται με δυσκολίες στη σίτιση, ειδικά όταν η υποστήριξη του μητρικού θηλασμού είναι ανεπαρκής. Επίσης, η επανεισαγωγή στο νοσοκομείο αυτών των βρεφών μέσα στις πρώτες 7-10 ημέρες μετά το εξιτήριο οφείλεται σχεδόν πάντα σε προβλήματα που σχετίζονται με τη σίτιση (υπερχολερυθριναιμία, ανεπαρκής πρόσληψη βάρους, υπερνατριάμια και/ή αφυδάτωση).^{2,3}

Η εδραίωση του μητρικού θηλασμού στο όψιμο πρόωρο βρέφος είναι συχνά δυσκολότερη σε σύγκριση με το τελειόμηνο που γεννιέται στις ≥ 39 εβδομάδες της κύησης. Λόγω της ανωριμότητάς τους, τα όψιμα πρόωρα βρίσκονται συχνά σε μικρότερη εγρήγορση, έχουν λιγότερη αντοχή και εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στη σύλληψη, στην απομύζηση και στην κατάποση σε σχέση με τα τελειόμηνα βρέφη. Η υπνηλία και η ανικανότητα να απομυζούν ζωηρά μπορεί να ερμηνευτούν λανθασμένα ως σήψη και να οδηγήσουν σε μη αναγκαίο αποχωρισμό μητέρας-βρέφους, εργαστηριακή διερεύνηση και αντιμετώπιση, όπως και σε κακή θρέψη. Από την άλλη, κάποια βρέφη μπορεί να δείχνουν υπερβολικά ζωηρά και άλλα μεγαλόσωμα πρόωρα νεογνά (π.χ. βρέφη διαβητικών μητέρων) συχνά να θεωρούνται λανθασμένα ως περισσότερο ώριμα αναπτυξιακά σε σχέση με την πραγματική ηλικία κύησής τους. Ως αποτέλεσμα, τα βρέφη αυτά μπορεί να λάβουν λιγότερη προσοχή από ό,τι χρειάζονται. Αν και κάποια βρέφη φαίνονται να έχουν ικανοποιητική σύλληψη θηλής, απομύζηση και κατάποση, συχνά δεν μεταφέρουν αρκετή ποσότητα μητρικού γάλατος όταν ελεγχθούν με τεστ ζύγισης.

Τα όψιμα πρόωρα βρέφη βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για μια σειρά από νοσηρότητες που σχετίζονται με το μεταβατικό στάδιο και τον θηλασμό (Πίνακας 1).

Τα όψιμα πρόωρα βρέφη συχνά απομακρύνονται από τη μητέρα τους για εκτίμηση και θεραπεία και εξέρχονται από το μαιευτήριο προτού εγκατασταθεί επαρκώς η

εκκριτική ενεργοποίηση (στάδιο λακτογένεσης II)⁴. Προβλήματα σύλληψης της θηλής και μεταφοράς του γάλατος συχνά δεν αναγνωρίζονται ή δεν αντιμετωπίζονται πλήρως. Επιπρόσθετα, μητέρες όψιμων πρόωρων και πρώιμων τελειομήνων είναι πιο πιθανό να έχουν πολύδυμες κύσεις, ή να αντιμετωπίζουν ιατρικά προβλήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση σχετιζόμενη με την εγκυμοσύνη, χοριοαμνιονίτιδα, ή διενέργεια καισαρικής τομής που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την έναρξη της γαλουχίας και την επιτυχία του μητρικού θηλασμού⁵. Οι γονείς ενδέχεται να επιστρέψουν στο σπίτι χωρίς επαρκείς γνώσεις και κατάλληλες προσδοκίες σχετικά με την εδραίωση του θηλασμού.

Είναι πλέον γνωστό ότι κάποια πρώιμα τελειόμηνα βρέφη, γεννημένα μεταξύ 37 0/7 και 38 6/7 εβδομάδες κύησης, βρίσκονται επίσης σε αυξημένο κίνδυνο σε σύγκριση με τελειόμηνα βρέφη γεννημένα μεταξύ 39 0/7 και 41 6/7 εβδομάδες κύησης, για προβλήματα όπως η υπερχολερυθριναιμία, η επανεισαγωγή στο νοσοκομείο και η μειωμένη έναρξη και διάρκεια μητρικού θηλασμού^{2,6}. Πρώιμα τελειόμηνα βρέφη, ειδικά αν έχουν γεννηθεί με εκλεκτική καισαρική τομή, βρίσκονται επίσης σε αυξημένο κίνδυνο για αναπνευστικά προβλήματα, εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN), σηψαιμία και υπογλυκαιμία που χρειάζεται αντιμετώπιση⁷⁻⁹.

Αν και τα τελειόμηνα βρέφη έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν αποτελεσματικά όταν τα νοσοκομεία ακολουθούν τα 10 Βήματα για τον Επιτυχή Θηλασμό του Φιλικού προς τα Βρέφη Κανονισμού, το ίδιο δεν ισχύει για τα όψιμα πρόωρα και κάποια πρώιμα τελειόμηνα βρέφη. Οι κατευθυντήριες αυτές οδηγίες είναι ανεπαρκείς για να ξεπεραστούν οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα βρέφη αυτά και οι μητέρες τους στην περίοδο αμέσως μετά τη γέννηση και μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο^{10,11}. Η διαχείριση του θηλασμού των όψιμων πρόωρων και κάποιων πρώιμων τελειομήνων βρεφών απαιτεί άλλη αντιμετώπιση από αυτή που συνήθως χρησιμοποιείται με τα τελειόμηνα βρέφη, όπου η αποτελεσματική σύλληψη της θηλής, η απομύζηση και η κατάποση είναι οι ακρογωνιαίοι λίθοι για τον επιτυχή θηλασμό και τη θρέψη του βρέφους. Αναγνωρίζοντας ότι ο αποτελεσματικός θηλασμός στο στήθος μπορεί να

καθυστερήσει κάποιο διάστημα, η αντιμετώπιση θα πρέπει να περιλαμβάνει στρατηγικές που θα εγγυώνται ότι το βρέφος σιτίζεται επαρκώς και ότι η παραγωγή γάλατος της μητέρας αυξάνεται και διατηρείται¹²⁻¹⁴. Βοηθήματα θηλασμού (π.χ. ψευδοθηλές, συμπληρωματική χορήγηση γάλατος από μπουκάλι, άντληση γάλατος, συμπίεσεις στήθους) είναι πιο πιθανό να χρειαστούν για τα όψιμα πρόωρα και ακόμα και για κάποια πρώιμα τελειόμηνα νεογνά.

Πίνακας 1. Νοσηρότητες του όψιμου πρόωρου νεογνού^{2,3,5,8,9,15,57,59-63}

Υποθερμία
Υπογλυκαιμία
Εκσεσημασμένη απώλεια βάρους
Αφυδάτωση
Πυρετός λόγω αφυδάτωσης
Αργή αύξηση βάρους
Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους
Υπολειπομένη ανάπτυξη
Παρατεταμένη χορήγηση συμπληρώματος
Σοβαρή Υπερχολερυθριναιμία
Πυρηνικός ίκτερος
Σηψαιμία
Άπνοιες
Επανεισαγωγή
Αποτυχία θηλασμού

Με δεδομένο το αυξημένο ρίσκο για επιλοκές των όψιμων προώρων και πρώιμων τελειομήνων βρεφών, απαιτείται στενή παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών τους σημείων, ιδιαίτερα τις πρώτες 12-24 ώρες μετά τον τοκετό, όταν ο κίνδυνος της ανεπαρκούς προσαρμογής στο εξωμήτριο περιβάλλον είναι υψηλότερος. Όψιμα πρόωρα βρέφη γεννημένα στις 34 0/7 μέχρι 34 6/7 εβδομάδες κύησης έχουν 50% κίνδυνο για νοσηρότητα κατά τη διάρκεια της παραμονής στο μαιευτήριο^{5,15}. Μπορεί να απαιτηθεί η μεταφορά τους σε κέντρο υψηλότερης φροντίδας για την περίθαλψη και παρακολούθησή τους. Επίσης, τα όψιμα πρόωρα και πρώιμα τελειόμηνα νεογνά χρήζουν έγκαιρης επανεξέτασης μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο. Ήδη από την πρώτη επανεξέταση αυτή θα πρέπει να μπορεί να προσφερθεί βοήθεια για τυχόν προβλήματα ή ερωτήματα σχετικά με τον θηλασμό που θα έχουν προκύψει μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Για πιο σύνθετα προβλήματα θηλασμού οι μητέρες

και τα βρέφη θα πρέπει να εκτιμώνται το συντομότερο δυνατό από σύμβουλο γαλουχίας, ειδικό στην ιατρική του θηλασμού ή κάποιον επαγγελματία υγείας έμπειρο στην αντιμετώπιση θεμάτων γαλουχίας.

Συστάσεις

Αρχές φροντίδας

Αυτές οι αρχές αποτελούν κατευθυντήριες γραμμές για την βέλτιστη φροντίδα των όψιμων προώρων και πρώιμων τελειομήνων βρεφών και παρουσιάζονται για να βοηθήσουν τη δημιουργία πολιτικής.

Κάθε πάροχος υγείας και κάθε τμήμα νεογνών πρέπει να χρησιμοποιεί αυτές τις συστάσεις, στο σημείο που είναι υλοποιήσιμες για τη δομή υγείας τους και την καθιερωμένη πρακτική. Όλες οι αρχές, με εξαίρεση την νούμερο 8, μπορούν να εφαρμοστούν τόσο σε νοσοκομειακό όσο και σε εξωνοσοκομειακό πλαίσιο (Πίνακας 2).

Εφαρμογή των αρχών φροντίδας: ενδονοσοκομειακά

Αρχικά βήματα

- α. Δημιουργία συγκεκριμένου πλάνου δράσης και γραπτή επικοινωνία του στο προσωπικό του νοσοκομείου για τη σίτιση των όψιμων προώρων βρεφών που μπορεί να εφαρμοστεί εύκολα και να τροποποιηθεί ανάλογα με την περίπτωση.^{16,17} (IV) (Η ποιότητα ενδείξεων [Η ισχύς των ενδείξεων IA, IB, IIA, IIB, III και IV] βασίζεται στην ισχύ των ενδείξεων που χρησιμοποιείται από το National Guidelines Clearing House¹⁸ και σημειώνεται σε παρένθεση.)
- β. Διευκόλυνση παρατεταμένης επαφής δέρμα με δέρμα (skin-to-skin contact) αμέσως μετά τον τοκετό όταν η μητέρα είναι σε εγρήγορση, για να ευοδωθεί η μετά τον τοκετό σταθεροποίηση του καρδιακού ρυθμού, της αναπνευστικής προσπάθειας, της θερμορύθμισης, της γλυκόζης του αίματος, της σταθερότητας του μεταβολισμού και της πρώιμης έναρξης του θηλασμού.¹⁹⁻²¹ (IV, I, IIA)
- γ. Καθορισμός ηλικίας κύησης με βάση το μαιευτικό ιστορικό και το Ballard/τροποποιημένο Dubowitz σκορ.²² (III)

- δ. Στενή παρακολούθηση του νεογνού για 12-24 ώρες μετά τον τοκετό για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο αποσταθεροποίησης των ζωτικών σημείων (π.χ. υποθερμία, άπνοια, ταχύπνοια, πτώση κορεσμού οξυγόνου, υπογλυκαιμία, δυσχερής σίτιση). Το ακριβές μέρος για αυτή την παρακολούθηση θα εξαρτηθεί από τις τοπικές συνθήκες, τις υποδομές και το διαθέσιμο προσωπικό και από τη δυνατότητα που υπάρχει να υποστηριχθεί το ζεύγος μητέρας-νεογνού στον θηλασμό.^{16,17,19} Η στενή παρακολούθηση θα πρέπει να συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της επαφής δέρμα με δέρμα, του θηλασμού και της συνδιαμονής (rooming-in).
- ε. Ενθάρρυνση της συνδιαμονής (rooming-in) για όλο το 24ωρο, με συχνή και μεγάλης διάρκειας επαφή δέρμα με δέρμα όταν η μητέρα είναι ξύπνια. Αν το νεογνό είναι σταθερό και υγιές, να επιτρέπεται η παραμονή με τη μητέρα του για όσο διάστημα λαμβάνει ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή ή φωτοθεραπεία.²⁰
- στ. Να επιτρέπεται ελεύθερη πρόσβαση στο στήθος, ενθαρρύνοντας την έναρξη του θηλασμού μέσα στην 1η ώρα μετά τον τοκετό.^{23,24} (I,IIA) Αν απομακρυνθεί το νεογέννητο από τη μητέρα του, θα πρέπει η μητέρα μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό και σε μεσοδιαστήματα των 3 ωρών να αρχίσει με το χέρι της άμελξη του πρωτογάλατος.²⁵ (IB) Κάποιες μελέτες, αν και όχι όλες, αναφέρουν ότι η άμελξη με το χέρι είναι το ίδιο αποτελεσματική, αν όχι και περισσότερο, από τη χρήση θηλάστρου στην εδραίωση της γαλουχίας αμέσως μετά τον τοκετό.^{23,24,26-29} Ακόμα και αν το βρέφος δεν απομακρυνθεί από τη μητέρα του, πολλά από αυτά τα βρέφη δεν θα καταφέρουν να θηλάσουν επαρκώς όταν τοποθετηθούν στο στήθος αρχικά, οπότε πιθανά να χρειαστεί να γίνει άμελξη του πρωτογάλατος με το χέρι και η χορήγησή του στη συνέχεια στο βρέφος με κουταλάκι, σταγονόμετρο ή άλλη συσκευή μετά την πρώτη απόπειρα θηλασμού.²⁶ (III)
- ζ. Ενθάρρυνση του θηλασμού όποτε και για όσο διάστημα θέλει το νεογέννητο. Η μητέρα μπορεί να χρειαστεί να ξυπνήσει το βρέφος αν δεν έχει δείξει σημάδια πείνας μέσα σε 4 ώρες από το προηγούμενο γέυμα, κάτι που δεν είναι ασυνήθιστο στο όψιμο πρόωρο βρέφος.¹² (IV)

Το βρέφος θα πρέπει να θηλάζει (ή να πίνει μητρικό γάλα) 8-12 φορές το 24ωρο. Θα πρέπει να δοθούν οδηγίες και βοήθεια για την άμελξη με το χέρι ή με το θηλάστρο στις μητέρες των οποίων τα νεογνά είναι μικρότερα, κοιμούνται περισσότερο ή δεν μπορούν να κάνουν αποτελεσματική σύλληψη της θηλής στις πρώτες 24 ώρες. Αυτά τα νεογνά, ιδιαιτέρως αν είχαν ενδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης (IUGR), μπορεί να χρειαστούν συμπληρωματική χορήγηση γάλατος (κατά προτίμηση αντλημένου μητρικού γάλατος) λόγω υπογλυκαιμίας ή εκσεσημασμένης απώλειας βάρους.

- η. Επίδειξη στη μητέρα τεχνικών για αποτελεσματική σύλληψη της θηλής με ιδιαίτερη προσοχή στην επαρκή στήριξη της κάτω γνάθου και της κεφαλής.³⁰ (IV)

Συνεχιζόμενη φροντίδα

- α. Οι γονείς και το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να ενημερώνονται για οποιαδήποτε τροποποίηση στο πλάνο σίτισης άμεσα ή/και γραπτώς, όπως κρίνεται καταλληλότερο ανάλογα με τις ιδιαίτερες διεργασίες και πρωτόκολλα που ισχύουν.^{16,17}
- β. Αξιολόγηση του θηλασμού, κατά προτίμηση μέσα στις πρώτες 24 ώρες, από σύμβουλο γαλουχίας ή άλλο υγειονομικό με ειδικευση στην αντιμετώπιση της γαλουχίας των όψιμων πρόωρων και πρόωμων τελειομήνων νεογνών.^{16,19}
- γ. Αξιολόγηση και καταγραφή του θηλασμού τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα από 2 διαφορετικούς υγειονομικούς, χρησιμοποιώντας κατά προτίμηση σταθμισμένο εργαλείο αξιολόγησης (π.χ. LATCH Score, IBFAT, Mother/Baby Assessment Tool).³¹⁻³⁴ (III)
- δ. Εκπαίδευση της μητέρας στον τρόπο θηλασμού του όψιμου πρόωρου νεογνού της (π.χ. στάση, σύλληψη θηλής, διάρκεια γευμάτων, πρώιμα σημάδια πείνας, συμπίεσεις του στήθους, κ.ά.).^{12,17,19} Θα πρέπει να παρέχεται και γραπτή πληροφόρηση, πέραν της προφορικής, σχετικά με τον θηλασμό του όψιμου πρόωρου βρέφους.
- ε. Καταγραφή των ζωτικών σημείων κάθε 6-8 ώρες, της διαφοράς του βάρους, της

διούρησης και των κενώσεων, καθώς και της μεταφοράς γάλατος.^{16,17,19}

- στ. Καταγραφή συχνών προβλημάτων (π.χ. υπογλυκαιμία, υποθερμία, μη ικανοποιητική σίτιση, υπερχολερυθριναιμία).³⁵ (I) Τα όψιμα πρόωρα και τα πρώιμα τελειόμηνα νεογνά θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά με χαμηλό ουδό έλέγχου της τιμής της χολερυθρίνης. Πολλοί χώροι παροχής υγείας μετρούνε και καταγράφουνε τις τιμές της χολερυθρίνης στην κατάλληλη καμπύλη ανάλογα με την ηλικία σε ώρες (π.χ. Bhutani chart), πριν εξέλθει το νεογνό από το μαιευτήριο.^{6,36,37} (IV, III και IV) Κάποια νεογνά μπορεί να χρειαστεί να μεταφερθούν σε κέντρο με υψηλότερο επίπεδο περίθαλψης για κατάλληλη ιατρική φροντίδα και παρακολούθηση.

Πίνακας 2. Αρχές διαχείρισης όψιμου πρόωρου νεογνού

1. Δημιουργία συγκεκριμένης πολιτικής για τη διαχείριση του θηλασμού
2. Διασφάλιση επικοινωνίας μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας και των γονέων
3. Διασφάλιση κατάλληλης αξιολόγησης και επανεκτίμησης του ζεύγους μητέρας-νεογνού
4. Προσφορά έγκαιρης υποστήριξης θηλασμού, τόσο ενδονοσοκομειακά όσο και μετά την έξοδο από το μαιευτήριο
5. Αποφυγή ή ελαχιστοποίηση διαχωρισμού μητέρας-νεογνού
6. Πρόληψη και έγκαιρη ανίχνευση προβλημάτων
7. Εκπαίδευση γονέων, νοσηλευτικού προσωπικού, συμβούλων γαλουχίας και ιατρών σχετικά με την ευαλωτότητα και τις προκλήσεις που υπάρχουν στη φροντίδα αυτών των νεογνών
8. Ανάπτυξη συγκεκριμένων οδηγιών για την έξοδο από το μαιευτήριο και για την επανεκτίμησή τους
9. Παρακολούθηση της παρεχόμενης φροντίδας μέσω προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας

- ζ. Αποφυγή εκσεσημασμένης απώλειας βάρους ή αφυδάτωσης. Απώλειες μεγαλύτερες του 3% του βάρους γέννησης στις 24 ώρες ή μεγαλύτερες του 7% την 3^η ημέρα χρήζουν

εκτίμησης και μπορεί να χρειαστούν περαιτέρω παρακολούθηση και τροποποίηση της ιατρικής υποστήριξης και της υποστήριξης της γαλουχίας.^{16,17,19}

- i. Αν υπάρχουν σημεία μη ικανοποιητικής μεταφοράς γάλατος, οι συμπίεσεις του στήθους την ώρα που το βρέφος θηλάζει μπορούν να βοηθήσουν^{26,38,39} (III,IV) και μπορεί να συζητηθεί^{12,39} η χρήση εξαιρετικά λεπτής ψευδοθηλής. Αν χρησιμοποιηθεί ψευδοθηλή, θα πρέπει η μητέρα και το βρέφος να βρίσκονται υπό στενή παρακολούθηση από σύμβουλο γαλουχίας ή έμπειρο επαγγελματία υγείας, μέχρις ότου δεν χρειάζεται άλλο η χρήση της ψευδοθηλής. (IV)
- ii. Πιθανά να χρειαστούν καθημερινές ή μετά από κάποιους θηλασμούς (άλλα όχι όλους) μετρήσεις βάρους προ και μετά σίτισης για να εκτιμηθεί η ποσότητα του γάλατος που μεταφέρεται.^{12,40} Τα βρέφη ζυγίζονται αμέσως πριν τη σίτιση σε ηλεκτρονική ζυγαριά με ακρίβεια τουλάχιστον +/-5γρ, και ξαναζυγίζονται αμέσως μετά το γεύμα κάτω ακριβώς από τις ίδιες συνθήκες.
- iii. Το βρέφος μπορεί να χρειαστεί να σιτιστεί μετά από τον θηλασμό με μια μικρή ποσότητα (5-10ml ανά σίτιση την 1^η ημέρα, 10-30ml ανά σίτιση τις επόμενες) μητρικού γάλατος που έχει αντλήσει η μητέρα, μητρικού γάλα δότριας ή εξανθρωποποιημένου γάλατος.^{16,17} Η επιλογή της μεθόδου χορήγησης της συμπληρωματικής ποσότητας γάλατος είναι με ποτηράκι, σύριγγα, συσκευή συμπληρωματικής χορήγησης, ή με μπουκάλι, και εξαρτάται από την κλινική κατάσταση, την προτίμηση της μητέρας και την εμπειρία του επαγγελματία υγείας που βοηθάει τη μητέρα. Η σίτιση με ποτηράκι έχει αποδειχθεί ασφαλής στα όψιμα πρόωρα και πρώιμα τελειόμηνα βρέφη, με προσοχή στη χρήση σωστής τεχνικής που αφήνει περιθώριο στα βρέφη να «πίνουν με τη γλώσσα» το γάλα με το δικό τους ρυθμό.⁴¹ (IV) Κάποιοι ερευνητές βρήκαν ότι η σίτιση με ποτηράκι παίρνει περισσότερο χρόνο και έχει μικρότερη απόδοση από ότι με το μπουκάλι.⁴² (IB) Υπάρχουν περιορισμένα συμπεράσματα για την ασφάλεια και την

αποτελεσματικότητα άλλων εναλλακτικών μεθόδων σίτισης, καθώς και για την επίδρασή τους στον θηλασμό. Μια πρόσφατη μελέτη, εν τούτοις, δεν βρήκε καμία διαφορά στην αύξηση βάρους, στη διάρκεια της σίτισης και στη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο στα βρέφη που σιτίζονται με ποτηράκι συγκριτικά με αυτά που σιτίζονται με μπουκάλι. Η σίτιση με το ποτηράκι σχετιζόταν με σημαντική προστατευτική επίδραση σε ό,τι αφορά τον μερικό ή αποκλειστικό θηλασμό στην έξοδο από το μαιευτήριο, στους 3 και 6 μήνες.⁴³ (IB) Μικρότερου βάρους βρέφη με ανεπαρκή ενδομήτρια αύξηση ή ανώριμα όψιμα πρόωρα βρέφη ενδέχεται να μην έχουν φυσιολογικό κύκλο ύπνου/αφύπνισης. Για αυτά τα βρέφη μπορεί να χρειαστεί να προσφερθεί μητρικό γάλα που έχει αντλήσει η μητέρα (με μπουκάλι, ποτηράκι, κτλ) όταν το βρέφος νυστάζει και να θηλάζει το βρέφος όταν είναι σε εγρήγορση.¹²

- iv. Αν η μητέρα δίνει και συμπληρωματικό γάλα που έχει αντλήσει ή εξανθρωποποιημένο γάλα, θα πρέπει να αντλεί γάλα με το χέρι ή με θήλαστρο μετά τον θηλασμό, τουλάχιστον 6 φορές το 24ωρο, ώστε να μπορέσει να αυξήσει και να συντηρήσει τη γαλουχία της μέχρι το βρέφος να θηλάζει επαρκώς.^{12,16,17,19} Αν το βρέφος δεν τρέφεται καθόλου από το στήθος, η μητέρα θα πρέπει να αντλεί τουλάχιστον 8 φορές το 24ωρο. Η παραγωγή του γάλατος μπορεί να αυξηθεί με μαλάξεις στο στήθος κατά τη διάρκεια της άντλησης με θήλαστρο.²⁶
- η. Αποφυγή υποθερμίας με χρήση της επαφής δέρμα-με-δέρμα (skin-to-skin contact), δηλαδή kangaroo care²⁰ όσο το δυνατό περισσότερο όταν η μητέρα είναι ξύπνια, ή πολύ καλό ντύσιμο και τύλιγμα με διπλή πάνα. Περιστασιακά μπορεί να χρησιμοποιηθεί και θερμοκοιτίδα για να διατηρηθεί ή φυσιολογική θερμοκρασία.¹⁶

Προγραμματισμός εξιτηρίου

- α. Θα πρέπει να αξιολογηθεί η ετοιμότητα για εξιτήριο, συμπεριλαμβανομένης των σταθερών ζωτικών σημείων και της

αποκλειστικής σίτισης από το στήθος ή την ανάγκη συμπληρωματικής σίτισης.^{12,16,19,44} (IV) Το σταθερό όψιμο πρόωρο θα πρέπει να μπορεί να διατηρεί τη θερμοκρασία του σώματος για τουλάχιστον 24 ώρες χωρίς υποστήριξη και να έχει φυσιολογικό ρυθμό αναπνοής. Προτιμητέο είναι το βάρος του βρέφους στην έξοδο να μην είναι κάτω του 7% του βάρους γέννησης, αν και όλες οι παράμετροι του ζεύγους μητέρας-βρέφους θα πρέπει να ληφθούν υπόψη. Ικανοποιητική πρόσληψη γάλατος θα πρέπει να διαπιστώνεται με τον όγκο σίτισης (π.χ. τεστ ζυγίσματος) ή με το βάρος του βρέφους (π.χ. σταθερό ή αυξανόμενο).^{12,16}

- β. Θα πρέπει να διαμορφωθεί ένα πλάνο σίτισης για μετά την έξοδο. Θα πρέπει να προσδιοριστεί ο τρόπος σίτισης (θηλασμός, ποτηράκι, συσκευή συμπλήρωματος, μπουκάλι, κτλ.) και ο όγκος του προσλαμβανόμενου γάλατος (ml/Kg/day), ειδικά αν δίνεται συμπλήρωμα. Αν είναι αναγκαίο, αποφασίστε για την πιο πρακτική και αποδεκτή μέθοδο συμπληρωματικής σίτισης για τη μητέρα.^{12,16,17,19}
- γ. Ενημερώστε τη μητέρα και τον επαγγελματία υγείας που θα παρακολουθεί το βρέφος εξωτερικά για το πλάνο σίτισης. Προτιμότερη είναι η γραπτή πληροφόρηση.¹⁶
- δ. Όταν η μεταφορά γάλατος δεν είναι επαρκής, μπορεί να χρειαστεί να προμηθευτεί η μητέρα ζυγαριά για να κάνει τεστ ζυγίσματος για να βεβαιωθεί για τη μεταφορά του γάλατος κατά τον θηλασμό, ή να κανονίσει να ζυγίζεται τακτικά το βρέφος.¹² Θα πρέπει επίσης να ζητηθεί από τους γονείς να παρακολουθούν και να καταγράφουν τη διούρηση και τις κενώσεις του βρέφους.

Εφαρμογή των αρχών φροντίδας: παρακολούθηση στην κοινότητα

Αρχική επίσκεψη

- α. Αν και η διάρκεια της νοσηλείας μπορεί να διαφέρει, όψιμα πρόωρα και πρώιμα τελειόμηνα βρέφη απαιτούν στενή παρακολούθηση στην πρώιμη μεταγεννητική περίοδο και η πρώτη επίσκεψη (στο νοσοκομείο ή στο σπίτι) θα πρέπει

φυσιολογικά να γίνει 1 ή 2 μέρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.^{17,45,46} (IV)

- β. Οι σχετικές πληροφορίες, συμπεριλαμβανόμενου του προγεννητικού, περιγεννητικού, βρεφικού ιστορικού και του ιστορικού σίτισης (π.χ. ανάγκη χορήγησης συμπληρώματος στο νοσοκομείο, προβλήματα με τη σύλληψη της θηλής, ανάγκη φωτοθεραπείας, κ.α.), θα πρέπει να καταγράφονται. Η ηλικία κύησης και το βάρος γέννησης θα πρέπει να αναγράφονται ξεκάθαρα. Προγράμματα ηλεκτρονικής καταγραφής αυτών των πληροφοριών με ειδικές ερωτήσεις γύρω από τον θηλασμό είναι χρήσιμα για την αποθήκευση αυτών των πληροφοριών.
- γ. Θα πρέπει να γίνει ανασκόπηση της σίτισης από την ημέρα του εξιτηρίου με ειδική προσοχή στη συχνότητα και την κατά προσέγγιση διάρκεια κάθε γεύματος στο στήθος και, αν χρειάζεται, ο τρόπος και ο τύπος (μητρικό γάλα από άντληση, εξανθρωποποιημένο γάλα) του συμπληρώματος. Θα πρέπει να καταγραφούν πληροφορίες σχετικά με τη διούρηση και τις κενώσεις του βρέφους, το χρώμα των κενώσεων και τη συμπεριφορά του βρέφους (π.χ. κλάμα, ανικανοποίητο μετά το γεύμα, νυσταλέο και δύσκολο να παραμείνει ξύπνιο στο στήθος κατά τη διάρκεια του γεύματος, κ.α.). Αν οι γονείς έχουν κρατήσει γραπτές σημειώσεις, θα πρέπει να ανασκοπούνται.^{17,46,47} (IV)
- δ. Εξέταση του βρέφους, παρατηρώντας το επίπεδο εγρήγορσης και την ενυδάτωση. Καταγραφή αξιόπιστου βάρους χωρίς ρουχισμό. Υπολογισμός του ποσοστού διαφοράς στο βάρος από τη γέννηση και από την έξοδο από το νοσοκομείο. Εξέταση για πιθανό ίκτερο, προτιμότερο με τη χρήση διαδερμικού χολερυθρινόμετρου, ή/και μέτρηση χολερυθρίνης ορού αν απαιτείται.^{17,46}
- ε. Αξιολόγηση του στήθους της μητέρας σχετικά με το σχήμα της θηλής, τραυματισμό της, συμφορητική διόγκωση του μαστού και μαστίτιδα. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η συναισθηματική κατάσταση της μητέρας και η αίσθηση της κούρασης, ειδικά όταν υπάρχει η πιθανότητα να χρειαστεί χορήγηση συμπληρώματος. Όταν αυτό είναι εφικτό, θα πρέπει να γίνεται παρατήρηση του βρέφους να

θηλάζει, αξιολογώντας τη σύλληψη της θηλής, την απομύζηση και την κατάποση.⁴⁶

- στ. Ανασκόπηση των στόχων και των προσδοκιών της μητέρας σχετικά με τον θηλασμό του όψιμου πρόωρου ή του πρώιμου τελειόμηνου βρέφους της. Ενδέχεται να χρειάζεται ενθάρρυνση και εκπαίδευση σχετικά με τη διαδικασία της μετάβασης από την άντληση του γάλατος και τη χορήγηση συμπληρώματος στο βρέφος στον αποκλειστικό θηλασμό. Οι μητέρες θα πρέπει να προσέχουν να μην μειώσουν τις αντλήσεις πολύ γρήγορα, ώστε να διασφαλιστεί η συντήρηση ικανοποιητικής ποσότητας γάλατος που θα επιτρέψει την επαρκή μεταφορά γάλατος.¹²
- ζ. Ανασκόπηση του μέρους που κοιμάται το βρέφος και εκπαίδευση των γονέων σχετικά με τις ασφαλείς πρακτικές ύπνου. Μια ερώτηση του τύπου «Πού κοιμηθήκατε εσείς και το βρέφος σας χθες βράδυ;» μπορεί να δώσει μια πιο καλή εικόνα της πραγματικότητας των συνθηκών του ύπνου.

Επίλυση προβλημάτων

- α. Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους (<20gr/kg/day) σχεδόν πάντα οφείλεται στην ανεπαρκή πρόσληψη γάλατος. Η μέση αύξηση βάρους ενός υγιούς βρέφους είναι 28-34gr/day.⁴⁸ (IV) Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να εξακριβώσει αν το πρόβλημα είναι η ανεπαρκής παραγωγή γάλατος, η ανικανότητα του βρέφους να μεταφέρει επαρκή ποσότητα γάλατος, ή συνδυασμός και των δύο. Το βρέφος που πίνει αρκετή ποσότητα γάλατος θα πρέπει να έχει τουλάχιστον 6 ουρήσεις την ημέρα και 3-4 κίτρινες κενώσεις θηλασμού επαρκούς ποσότητας από την 4^η ημέρα, να είναι ικανοποιημένο μετά από 20-40 λεπτά θηλασμού και να έχει κατάλληλη διαφοροποίηση βάρους (απώλεια ή αύξηση) ανάλογα με την ηλικία του.⁴⁶ Αν και απώλεια 10% του βάρους γέννησης μπορεί να είναι αποδεκτή στο μεγάλο βάρους, υγιές όψιμο πρόωρο ή πρώιμο τελειόμηνο νεογνό που θηλάζει επαρκώς και που η μητέρα του έχει επιτύχει την εκκριτική ενεργοποίηση, πολλές φορές είναι πιο κατάλληλη μια μέγιστη απώλεια 7% για τα μικρότερου βάρους και/ή IUGR βρέφη. Οι ακόλουθες στρατηγικές

μπορεί να είναι βοηθητικές για αύξηση του βάρους:

- i. Θα πρέπει να γίνει εκτίμηση του βρέφους κατά τη διάρκεια του θηλασμού, με έμφαση στη σύλληψη της θηλής, την απομύζηση και την κατάποση. Τα τεστ ζυγίσματος μπορεί να είναι χρήσιμα για τη διαπίστωση της ποσότητας του γάλατος που μεταφέρεται (δες 2ζii).
- ii. Αύξηση της συχνότητας των θηλασμών.
- iii. Χορήγηση συμπληρώματος (κατά προτίμηση με μητρικό γάλα από άντληση ή γάλα δότριας) μετά τον θηλασμό ή αύξηση της ποσότητας του συμπληρώματος αν ήδη δίνεται.
- iv. Χορήγηση συμπληρώματος αν το βρέφος είναι ξύπνιο και μη ικανοποιημένο μετά από ένα γεύμα 30-40 λεπτών στο στήθος. Παραπάνω ώρα στο στήθος μπορεί να κουράσει το βρέφος χωρίς να αυξήσει σημαντικά την πρόσληψη. Τα νεογέννητα θα πρέπει να ξεκουράζονται μεταξύ των γευμάτων και όχι να βρίσκεται συνεχώς στο στήθος να πιπιλίζουν.
- v. Έναρξη ή αύξηση της συχνότητας των αντλήσεων (με το χέρι ή το θήλαστρο), ειδικά μετά τον θηλασμό αν δεν έχουν αδειάσει επαρκώς οι μαστοί. Αν ήδη χρησιμοποιείται θήλαστρο, να γίνει αλλαγή σε πιο αποτελεσματικό τρόπο (π.χ. από άντληση με το χέρι σε μηχανικό θήλαστρο και το αντίθετο, ή σε ένα πιο αποτελεσματικό μηχανικό θήλαστρο). Η άντληση περισσότερο από 6 φορές την ημέρα μπορεί να μην είναι εφικτή για πολλές μητέρες όταν το μωρό επιστρέφει στο σπίτι, αν και η άντληση 8 ή περισσότερες φορές την ημέρα μπορεί να είναι απαραίτητη για αύξηση της ποσότητας του γάλατος που αφαιρείται. (IV)
- vi. Εξερευνήστε τρόπους για να ηρεμεί η μητέρα κατά τη διάρκεια της άντλησης: φροντίστε για βοήθεια με τις δουλειές του σπιτιού και για περισσότερο ύπνο.
- vii. Στρατηγική «τριπλής σίτισης» (θηλασμός, στη συνέχεια χορήγηση συμπληρώματος και μετά άντληση) για κάθε γεύμα είναι αποτελεσματική, αλλά μπορεί να μην είναι εφικτή για πολλές μητέρες, ειδικά αν δεν έχουν βοήθεια στο σπίτι. Η δυνατότητα

της μητέρας να αντεπεξέλθει στον θηλασμό και τις αντλήσεις θα πρέπει να ληφθεί υπόψη όταν αποφασίζετε το πλάνο σίτισης. (IV)

- viii. Σε συνεννόηση με τη μητέρα, να συζητηθεί η χρήση γαλακταγωγού (φαρμακευτική ουσία ή βότανο για αύξηση της παραγωγής γάλατος) αν υπάρχει διαπιστωμένη χαμηλή παραγωγή γάλατος και άλλες προσπάθειες αύξησης της παραγωγής έχουν αποτύχει (δες ABM Κλινικό Πρωτόκολλο Νο 9).⁴⁹
 - ix. Να συζητηθεί παραπομπή σε σύμβουλο θηλασμού ή ιατρό εξειδικευμένο στον θηλασμό.
- β. Για βρέφη με δυσκολίες στη σύλληψη της θηλής, θα πρέπει να εξεταστεί το στόμα του βρέφους για ανατομικές ανωμαλίες (π.χ. αγκυλογλωσσία, υπερωιοσχιστία) και μπορεί να είναι χρήσιμο να γίνει εξέταση πιπιλίσματος με το δάκτυλο από κατάλληλα εκπαιδευμένο επαγγελματία. Θα πρέπει να εξεταστούν οι θηλές και το στήθος της μητέρας για να αξιολογηθεί η ανάπτυξη του στήθους, η ανατομική κατασκευή, αποφραγμένοι γαλακτοφόροι πόροι, μαστίτιδα, συμφορητική διόγκωση του μαστού, τραυματισμός της θηλής ή συμπίεση της θηλής μετά το τέλος του θηλασμού. Παραπομπή σε σύμβουλο γαλουχίας ή σε ιατρό εξειδικευμένο στον θηλασμό, ή, στην περίπτωση αγκυλογλωσσίας, μπορεί να πρέπει να γίνει⁵⁰ (III) παραπομπή σε επαγγελματία υγείας εκπαιδευμένο στη διατομή του χαλινού.
- γ. Ο ίκτερος και η υπερχολερυθριναιμία είναι πιο συχνά στα όψιμα πρόωρα και πρώιμα τελειόμηνα βρέφη. Αν και όλοι οι παράγοντες κινδύνου πρέπει να αναζητηθούν, αν η κύρια αιτία είναι η έλλειψη γάλατος, η πρωταρχική θεραπεία είναι η παροχή μεγαλύτερης ποσότητας γάλατος στο βρέφος, κατά προτίμηση μέσω βελτίωσης του θηλασμού ή με τη χορήγηση συμπληρώματος με μητρικό γάλα από άντληση ή από δότρια. Αν ενδείκνυται η φωτοθεραπεία κατ' οίκον ή στο νοσοκομείο, δεν θα πρέπει να διακινδυνεύσει η παραγωγή και η κατανάλωση του μητρικού γάλατος.^{51,52} (IV) Αν δεν υπάρχει διαθέσιμο μητρικό γάλα της μητέρας ή δότριας, θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν μικρές ποσότητες

εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλατος. Σε μια τέτοια περίπτωση μπορεί και να δοθεί εξανθρωποποιημένο γάλα με υδρολυμένη καζεΐνη, μιας και υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτά τα γάλατα είναι πιο αποτελεσματικά στη μείωση της χολερυθρίνης από ό,τι τα κλασσικά εξανθρωποποιημένα γάλατα.⁵³ (IIB)

Συνεχιζόμενη φροντίδα

- α. Βρέφη που δεν προσλαμβάνουν βάρος ικανοποιητικά και για τα οποία γίνονται τροποποιήσεις στο πλάνο σίτισης πρέπει να εκτιμώνται από κατάλληλα εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας σε τακτική βάση (π.χ. καθημερινά ή κάθε 2-3 ημέρες ανάλογα της κατάστασης) μετά από κάθε τροποποίηση του πλάνου σίτισης είτε στο νοσοκομείο είτε στο ιατρείο ή στο σπίτι από επαγγελματία υγείας που θα έχει επικοινωνία με τον πρωτοβάθμιο πάροχο υγείας. (III)
- β. Το όψιμο πρόωρο βρέφος θα πρέπει να έχει εβδομαδιαίους ελέγχους του βάρους μέχρι την ηλικία των 40 εβδομάδων μετά τη σύλληψη ή μέχρι να λαμβάνει ικανοποιητικά βάρος. Η μέση αύξηση βάρους θα πρέπει να είναι 20-30g/day και η μέση αύξηση του μήκους σώματος και της περιμέτρου κεφαλής θα πρέπει να είναι 0,5cm/week.⁴⁸
- γ. Τα θηλάζονται όψιμα πρόωρα βρέφη βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για σιδηροπενία και σιδηροπενική αναιμία συγκριτικά με τελειόμηνα βρέφη και συστήνεται η χορήγηση συμπληρωμάτων σιδήρου ως ρουτίνα.⁵⁴⁻⁵⁶ (IV, III και IB)
- δ. Τα όψιμα πρόωρα βρέφη είναι επίσης πιο πιθανό να τοποθετηθούν για ύπνο σε μη ασφαλές περιβάλλον συγκριτικά με τα τελειόμηνα βρέφη⁵⁷, γεγονός που αυξάνει περαιτέρω τον ήδη αυξημένο κίνδυνο συνδρόμου αιφνιδίου θανάτου βρεφών (SIDS) στα πρόωρα βρέφη. Για αυτό τον λόγο θα πρέπει συχνά να ερωτώνται οι γονείς σχετικά με το περιβάλλον και τις συνθήκες του ύπνου.
- ε. Η διάγνωση του όψιμου πρόωρου βρέφους πρέπει να παραμένει στη λίστα με τα προβλήματα του πρωτοβάθμιου παρόχου υγείας, γιατί αυτά τα παιδιά βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για αναπνευστικά και νευροαναπτυξιακά προβλήματα.^{8,58}

Πολύδυμη κύηση

- α. Οι πολύδυμες κυήσεις (δίδυμα, τρίδυμα, κτλ) καταλήγουν συχνότερα σε πρόωρο ή όψιμο πρόωρο τοκετό. Τα θέματα της επαρκούς παραγωγής γάλατος για 2 ή περισσότερα βρέφη και της σίτισης 2 βρεφών στο στήθος είναι πιο απαιτητικά συγκριτικά με τη διαχείριση ενός μόνο ζεύγους μητέρας-βρέφους.
- β. Συμπληρωματική σίτιση χρειάζεται συχνότερα. Σε περίπτωση που η μητέρα δεν παράγει αρκετή ποσότητα γάλατος, θα πρέπει να συζητηθεί το ενδεχόμενο να δοθεί γάλα δότριας αν είναι διαθέσιμο, τουλάχιστον τις πρώτες εβδομάδες ζωής.
- γ. Η μητέρα των πολύδυμων κυήσεων χρειάζεται βοήθεια για να διαχειριστεί βέλτιστα τον χρόνο της. Αυτό συμπεριλαμβάνει να χρησιμοποιήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τη βοήθεια από την οικογένεια, των φίλων ή ακόμα και να αναζητήσει βοήθεια επί πληρωμή.
- δ. Η μητέρα όψιμων πρόωρων βρεφών συνήθως δεν θα μπορέσει να τα θηλάσει ταυτόχρονα μέχρι να ωριμάσουν περισσότερο και κάθε ένα να μπορεί να σιτιστεί επαρκώς από το στήθος μόνο του, λόγω της ανωριμότητάς τους και της ανάγκης για μεγαλύτερη βοήθεια με τη σωστή θέση στο στήθος, τη σύλληψη της θηλής και της συνεχιζόμενης προσοχής κατά τον θηλασμό.
- ε. Κάποιες μητέρες δεν θα μπορέσουν ποτέ να παραγάγουν αρκετό γάλα για να θηλάσουν αποκλειστικά πάνω από ένα βρέφος, οπότε θα χρειαστεί τα βρέφη αυτά να λάβουν συμπλήρωμα με γάλα δότριας ή εξανθρωποποιημένο γάλα.

Συστάσεις για μελλοντική έρευνα

1. Αξιολόγηση της φροντίδας τις πρώτες 12-24 ώρες όταν το βρέφος κάνει τη μετάβαση στο εξωμήτριο περιβάλλον, γιατί δεν υπάρχει κοινή αντιμετώπιση προς το παρόν.
2. Καθορισμός της ετοιμότητας για εξιτήριο και για τη βέλτιστη φροντίδα μετά την έξοδο.
3. Πρακτικές για τη βελτιστοποίηση του όγκου του παραγόμενου μητρικού γάλατος.
4. Πρακτικές για τη βέλτιστη μετάβαση του βρέφους σε αποκλειστικό θηλασμό.

5. Πρακτικές για τη βοήθεια της μητέρας να αντεπεξέλθει σε προγράμματα άντλησης και θηλασμού που είναι απαιτητικά σε χρόνο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Engle WA. A recommendation for the definition of “late preterm” (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol* 2006;30:2–7.
2. Young PC, Korgenski K, Buchi KF. Early readmission of newborns in a large health care system. *Pediatrics* 2013;131:e1538–e1544.
3. Ray KN, Lorch SA. Hospitalization of early preterm, late preterm, and term in-fants during the first year of life by gestational age. *Hosp Pediatr* 2013;3:194–203.
4. Pang WW, Hartmann PE. Initiation of human lactation: Secretory differentiation and secretory activation. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2007;12:211–221.
5. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, et al. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics* 2008;121:e223–e232.
6. Norman M, Aberg K, Holmsten K, et al. Predicting nonhemolytic neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 2015;136:1087–1094.
7. Tita ATN, Landon MB, Spong CY, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med* 2009;360:111–120.
8. Seikku L, Gissler M, Andersson S, et al. Asphyxia, neurologic morbidity, and perinatal mortality in early-term and postterm birth. *Pediatrics* 2016;137:e20153334.
9. Reddy UM, Bettegowda VR, Dias T, et al. Term pregnancy: A period of heterogeneous risk for infant mortality. *Obstet Gynecol* 2011;117:1279–1287.
10. Eidelman AI. The challenge of breast-feeding the late preterm and the early-term infant. *Breastfeed Med* 2016;11:99–99.
11. Philipp BL. ABM Clinical Protocol #7: Model Breastfeeding Policy (Revision 2010). *Breastfeeding Med* 2010;5:173–177.
12. Meier P, Patel AL, Wright K, et al. Management of breastfeeding during and after the maternity hospitalization for late preterm infants. *Clin Perinatol* 2013;40:689–705.
13. Morton J. Perfect storm or perfect time for a bold change? *Breastfeed Med* 2014;9:180–183.
14. Neifert M, Bunik M. Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:115–145.
15. Pulver LS, Denney JM, Silver RM, et al. Morbidity and discharge timing of late preterm newborns. *Clin Pediatr* 2010;49:1061–1067.
16. UC San Diego Health Supporting Premature Infant Nutrition (SPIN). Protocol for late preterm infants. 2016. Available at <https://health.ucsd.edu/specialties/ob-gyn/maternity/newborn/nicu/spin/staff/Pages/late-pre-term.aspx> (accessed August 25, 2016).
17. California Perinatal Quality Care Collaborative. Care and management of the late preterm infants toolkit. 2013. Available at [www.cpqcc.org/sites/default/files/Late Preterm Infant Toolkit FINAL 2–13.pdf](http://www.cpqcc.org/sites/default/files/Late%20Preterm%20Infant%20Toolkit%20FINAL%202-13.pdf) (accessed August 25, 2016).
18. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. Developing guidelines. *BMJ* 1999;318:593–596.
19. Phillips RM, Goldstein M, Houglund K, et al. Multidisciplinary guidelines for the care of late preterm infants. *J Perinatol* 2013;33 Suppl 2:S5–S22.
20. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD003519.
21. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105–1107.
22. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr* 1991;119:417–423.
23. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:CD006170.
24. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS One* 2014;9:e89077.

25. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, et al. Effect of early milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birthweight infants: A pilot study. *J Perinatol* 2012;32:205–209.
26. Morton J, Hall JY, Wong RJ, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2009;29:757–764.
27. Ohyama M, Watabe H, Hayasaka Y. Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery. *Pediatr Int* 2010;52:39–43.
28. Lussier MM, Brownell EA, Proulx TA, et al. Daily breastmilk volume in mothers of very low birth weight neonates: A repeated-measures randomized trial of hand expression versus electric breast pump expression. *Breastfeed Med* 2015;10:312–317.
29. Slusher TM, Slusher IL, Keating EM, et al. Comparison of maternal milk (breast-milk) expression methods in an African nursery. *Breastfeed Med* 2012;7:107–111.
30. Thomas J, Marinelli KA. ABM Clinical Protocol #16: Breastfeeding the Hypotonic Infant, Revision 2016. *Breastfeed Med* 2016;11:271–276.
31. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1994;23:27–32.
32. Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery* 1988;4:154–165.
33. Mulford C. The Mother-Baby Assessment (MBA): An “Apgar score” for breastfeeding. *J Hum Lact* 1992;8:79–82.
34. Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. *Midwifery* 2015;31:132–137.
35. Wight N, Marinelli KA. ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, revised 2014. *Breastfeed Med* 2014;9:173–179.
36. Bhutani VK, Stark AR, Lazzeroni LC, et al. Predischarge screening for severe neonatal hyperbilirubinemia identifies infants who need phototherapy. *J Pediatr* 2013;162:477–482.e471.
37. Maisels MJ, Bhutani VK, Bogen D, et al. Hyperbilirubinemia in the newborn infant > or = 35 weeks’ gestation: An update with clarifications. *Pediatrics* 2009;124:1193–1198.
38. Morton J, Wong RJ, Hall JY, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers with preterm infants. *J Perinatol* 2012;32:791–796.
39. Walker M. Breastfeeding the late pre-term infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:692–701.
40. Haase B, Barreira J, Murphy P, et al. The development of an accurate test weighing technique for preterm and high risk hospitalized infants. *Breastfeed Med* 2009;4:151–156. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL.
41. Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child* 1994;71:365–369.
42. Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL. A comparison of the safety of cup feedings and bottle feedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol* 2001;21:350–355.
43. Yilmaz G, Caylan N, Karacan CD, et al. Effect of cup feeding and bottle feeding on breastfeeding in late preterm infants: A randomized controlled study. *J Hum Lact* 2014;30:174–179.
44. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics* 2008;122:1119–1126.
45. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
46. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:273–297.
47. Neifert MR. Breastmilk transfer: Positioning, latch-on, and screening for problems in milk transfer. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47:656–675.
48. Grummer-Strawn LM, Reinold C, Krebs NF. Use of World Health Organization and CDC growth charts for

- Children aged 0–59 months in the United States. *MMWR Recomm Rep* 2010;59:1–15.
49. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #9: Use of galactogogues in Initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (First Revision January 2011). *Breastfeed Med* 2011;6:41–49.
 50. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188–e194.
 51. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
 52. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for management Of jaundice in the breastfeeding infant equal to or greater than 35 weeks' gestation. *Breastfeed Med* 2010;5:87–93.
 53. Gourley GR, Kreamer B, Cohnen M, et al. Neonatal jaundice and diet. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153: 184–188.
 54. Baker RD, Greer FR. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0–3 years of age). *Pediatrics* 2010;126:1040–1050.
 55. Yamada RT, Leone CR. Hematological and iron content evolution in exclusively breastfed late-preterm newborns. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)* 2014;69:792–798.
 56. Berglund SK, Westrup B, Domellof M. Iron supplementation until 6 months protects marginally low-birth-weight infants from iron deficiency during their first year of life. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;60:390–395.
 57. Hwang SS, Barfield WD, Smith RA, et al. Discharge timing, outpatient follow-up, and home care of late-preterm and early-term infants. *Pediatrics* 2013;132:101–108.
 58. Kugelman A, Colin AA. Late preterm infants: Near term but still in a critical developmental time period. *Pediatrics* 2013;132:741–751.
 59. Leone A, Ersfeld P, Adams M, Schiffer PM, et al. Neonatal morbidity in singleton late preterm infants compared with full-term infants. *Acta Paediatr* 2012;101:e6–e10.
 60. Loftin RW, Habli M, Snyder CC, et al. Late preterm birth. *Rev Obstet Gynecol* 2010;3:10–19.
 61. Morag I, Okrent AL, Strauss T, et al. Early neonatal morbidities and associated modifiable and non-modifiable risk factors in a cohort of infants born at 34–35 weeks of gestation. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015;28:876–882.
 62. Nagulesapillai T, McDonald SW, Fenton TR, et al. Breastfeeding difficulties and exclusivity among late preterm and term infants: Results from the all our babies study. *Can J Public Health* 2013;104:e351–e356.
 63. Radtke JV. The paradox of breastfeeding-associated morbidity among late preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011;40:9–24.

Τα πρωτόκολλα της ABM λήγουν 5 χρόνια μετά την ημερομηνία δημοσίευσής τους. Το περιεχόμενο του πρωτοκόλλου είναι επικαιροποιημένο κατά τον χρόνο της δημοσίευσης. Αναθεωρήσεις βάσει των δεδομένων γίνονται κάθε 5 χρόνια ή και νωρίτερα αν υπάρχουν σημαντικές αλλαγές των δεδομένων. Η πρώτη και η δεύτερη έκδοση αυτού του πρωτοκόλλου έγινε από τους συγγραφείς Eyla G Boies και Yvonne E Vaucher.

Η επιτροπή πρωτοκόλλων της Ακαδημίας Μητρικού Θηλασμού:

Wendy Brodribb, MBBS, PhD, FABM, Πρόεδρος
Larry Noble, MD, FABM, Πρόεδρος μεταφραστικού
Nancy Brent, MD
Maya Bunik, MD, MSPH, FABM
Cadey Harrel, MD
Ruth A. Lawrence, MD, FABM
Kathleen A. Marinelli, MD, FABM
Kate Naylor, MBBS, FRACGP

Sarah Reece-Stremtan, MD
Casey Rosen-Carole, MD, MPH
Tomoko Seo, MD, FABM
Rose St. Fleur, MD
Michal Young, MD

Αλληλογραφία: abm@bfmed.org

Translation: Dr Nikol Anagnostatou Neonatologist ,
MSc, IBCLC NICU University of Crete Iraklion
Greece

with the editing of Galaxias.