

**ABM Clinical Protocol #10:
Breastfeeding the Late Preterm (34–36 6/7 Weeks
of Gestation) and Early Term Infants (37–38 6/7 Weeks
of Gestation), Second Revision 2016**

**Protocollo clinico n.10 dell'Academy of Breastfeeding Medicine:
Allattamento per Bambini Prematuri Tardivi (34–36 6/7 Settimane
di gestazione) e Quasi a Termine (37–38 6/7 Settimane di
Gestazione), Seconda Revisione 2016**

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

Uno degli obiettivi principali dell'Academy of Breastfeeding Medicine è lo sviluppo di protocolli clinici per la gestione di problemi medici comuni che potrebbero avere un impatto sulla buona riuscita dell'allattamento. Questi protocolli servono unicamente come linee guida per la cura delle madri nutrici e dei bambini allattati e non delineano un piano terapeutico esclusivo né fungono da standard di assistenza sanitaria. Variazioni al trattamento possono essere appropriate in base ai bisogni del singolo paziente.

Punti salienti delle nuove informazioni a partire dalla revisione del 2010 inclusa

1. Aumento del rischio di problemi legati all'allattamento nel bambino quasi a termine simili a quelli del bambino prematuro tardivo.
2. Importanza delle strategie proattive per la gestione della lattazione per molti bambini prematuri tardivi e alcuni neonati quasi a termine.
3. Importanza della spremitura del colostro entro la prima ora dopo il parto.
4. Ruolo della spremitura manuale con o senza estrazione meccanica nelle prime ore e nei giorni iniziali dopo il parto.
5. Rischio di carenza di ferro e anemia nel neonato prematuro tardivo allattato.
6. Aumento del rischio di problemi di sviluppo a lungo termine nel lattante prematuro tardivo.

Obiettivo

L'obiettivo di questo protocollo è:

1. Aiutare i bambini prematuri tardivi e quelli quasi a termine ad essere allattati e/o alimentati con latte materno il più a lungo possibile.
2. Accrescere la consapevolezza delle difficoltà che i bambini prematuri tardivi e quelli quasi a termine e le loro madri possono sperimentare con l'allattamento.
3. Offrire strategie per prevenire, identificare prontamente e gestire i problemi dell'allattamento, che i bambini prematuri tardivi e quelli quasi a termine e le loro madri possono sperimentare negli ambienti ospedalieri e ambulatoriali.
4. Prevenire i problemi come disidratazione, ipoglicemia, iperbilirubinemia, re-ospedalizzazione e malaccrescimento nei bambini prematuri tardivi e in quelli quasi a termine.

Basi storiche

Il protocollo iniziale dell'Academy of Breastfeeding Medicine fu scritto per i bambini "vicini al termine" nati dalla 35 0/7 alla 36 6/7 settimana di gestazione. Nel 2005, l'Istituto Nazionale della salute del Bambino e dello Sviluppo Umano definì i bambini nati tra la 34 0/7 e la 36 6/7 settimana di gestazione "prematuro tardivo" per stabilire una terminologia standard e per enfatizzare il fatto che questi bambini sono realmente "pretermine" e non "quasi a termine"¹. Negli ultimi 10 anni, un numero crescente di studi ha documentato un aumento del rischio di morbidità e mortalità nel bambino prematuro tardivo che è spesso correlato a problemi di alimentazione, soprattutto quando c'è un supporto inadeguato all'allattamento. In aggiunta, la re-ospedalizzazione di questi bambini entro i primi 7-10 giorni dalle dimissioni è quasi sempre dovuta a problemi legati all'alimentazione (iperbilirubinemia, malaccrescimento, ipernatremia, e/o disidratazione)^{2,3}.

Avviare l'allattamento nel bambino prematuro tardivo è spesso più difficile rispetto al bambino nato a termine alla >39 settimana di gestazione. A causa della loro immaturità, i bambini prematuri tardivi sono meno vigili, hanno meno resistenza e hanno maggiori difficoltà ad attaccarsi, succhiare e deglutire rispetto ai bambini nati a termine.

La sonnolenza e l'incapacità di succhiare vigorosamente possono essere interpretati come sepsi, portando a separazione, indagini e trattamenti non necessari, nonché a un'alimentazione scorretta.

Viceversa, alcuni bambini appaiono ingannevolmente vigorosi e i neonati pretermine fisicamente di grandi dimensioni (ad es. neonati di madri diabetiche) sono spesso considerati erroneamente più maturi dal punto di vista dello sviluppo rispetto alla loro età gestazionale effettiva. Di conseguenza, questi bambini potrebbero ricevere meno attenzioni di quanto abbiano veramente bisogno.

Sebbene sembrino avere un buon attacco, suzione e deglutizione, spesso non trasferiscono un'adeguata quantità di latte materno quando si esegue la doppia pesata.

I bambini prematuri tardivi sono ad alto rischio per malattie transitorie e legate all'allattamento (Tabella 1).

I bambini prematuri tardivi sono spesso separati dalle loro madri per valutazioni e trattamenti e sono dimessi prima che l'attivazione secretoria (lattogenesi II)⁴ sia completamente avviata.

I problemi di attacco al seno e trasferimento del latte non sono spesso identificati o adeguatamente indirizzati.

Inoltre, le mamme dei bambini prematuri tardivi o quasi a termine sono più soggette a parti multipli, ad avere condizioni mediche come diabete,

ipertensione indotta dalla gravidanza, corioamnionite o parto cesareo, che possono influenzare negativamente l'inizio della lattazione e il successo dell'allattamento⁵. I genitori possono tornare a casa senza le adeguate conoscenze e le aspettative appropriate riguardo l'avvio dell'allattamento.

Ora è riconosciuto che alcuni bambini quasi a termine, nati tra la 37 0/7 e la 38 6/7 settimana di gestazione siano anche ad alto rischio rispetto ai bambini nati a termine, tra la 39 0/7 e la 41 6/7 settimana di gestazione, per problemi che includono iperbilirubinemia, re-ospedalizzazione e ridotti avvio e durata dell'allattamento^{2,6}. I bambini quasi a termine, specialmente se nascono da taglio cesareo elettivo, sono anche ad alto rischio di problemi respiratori e ricoveri in Terapia Intensiva Neonatale per trattamento di sepsi e di ipoglicemia^{7,9}.

Sebbene i bambini a termine abbiano maggiori possibilità di allattamento quando gli ospedali aderiscono ai "Dieci passi per il successo dell'allattamento" dell'Iniziativa "Ospedale amico dei bambini", queste linee guida da sole sono insufficienti per superare le sfide che il bambino prematuro tardivo e i bambini quasi a termine e le loro madri devono affrontare nel dopo parto e dopo le dimissioni dall'ospedale^{10,11}.

Il sostegno e la cura dell'allattamento in questi bambini pretermine e in quelli quasi a termine richiedono un approccio diverso da quelli usati nei bambini a termine dove un attacco efficace, la suzione e la deglutizione sono i passi fondamentali per un allattamento di successo e per la nutrizione del neonato.

Riconoscendo che la suzione effettiva spesso richiede del tempo prima di essere stabilita, il trattamento dovrebbe comunque assicurare che il bambino si nutra adeguatamente e che la produzione di latte materno continui a svilupparsi e venga protetta¹²⁻¹⁴.

Alcune strategie (ad esempio paracapezzoli, supplementazioni con formula, spremitura manuale del latte, tiralatte) sono maggiormente necessarie per i bambini prematuri tardivi e persino in qualche bambino quasi a termine.

Sono necessari una stretta osservazione clinica e il monitoraggio, dato l'aumentato rischio di problemi medici nei bambini prematuri tardivi e in quelli quasi a termine rispetto a quelli a termine, specialmente nelle prime 12-24 ore dopo il parto, (periodo più a rischio per l'adattamento alla vita extrauterina). I bambini nati pretermine, tra la 34 0/6 e la 37 6/7, hanno un rischio più elevato del 50% di aumento di morbidità nei primi giorni di degenza ospedaliera.

Potrebbe essere necessario a volte trasferire il bambino in un reparto di secondo o terzo livello per monitoraggio clinico.

Questi bambini inoltre richiedono una rivalutazione clinica precoce dopo le dimissioni.

I servizi di assistenza territoriali, dopo il parto devono essere in grado di affrontare le difficoltà dell'allattamento e i dubbi fin dalla prima visita dopo le dimissioni.

Per problemi di allattamento più complicati le madri e i neonati dovrebbero essere visti da un consulente per l'allattamento, da un medico specialista in allattamento o da un operatore sanitario con esperienza nella gestione dei problemi dell'allattamento, il più presto possibile.

TABELLA 1 - MORBILITÀ DEL NEONATO
PREMATURO TARDIVO^{2,3,5,8,9,15,57,59-63}

Ipotermia
Ipoglicemia
Perdita di peso eccessiva
Disidratazione
Lento aumento di peso
Malaccrescimento
Necessità di aggiunta prolungate
Ittero elevato
Kernittero
Febbre secondaria a disidratazione
Sepsi
Diarrea
Re-ospedalizzazione
Insuccesso dell'allattamento

Raccomandazioni

Principi di cura

Questi principi sono linee guida per fornire l'assistenza ottimale ai bambini prematuri tardivi o quasi a termine e sono presentati per aiutare a sviluppare un protocollo.

Ciascun medico e tutti i componenti del reparto di neonatologia dovrebbero usare queste linee guida secondo i bisogni del reparto. Tutti i principi eccetto il numero 8 sono adatti sia alle strutture ospedaliere sia a quelle ambulatoriali. (Tabella 2)

Applicazione dei principi di cura: degenza ospedaliera

Fase iniziale

- Sviluppare e comunicare per iscritto allo staff ospedaliero un piano di alimentazione standard per i bambini prematuri tardivi che possa essere facilmente implementato e modificato all'occorrenza^{16,17}. (IV) (La qualità dell'evidenza [livelli di evidenza IA,IB,IIA, IIB, III e IV] è basata sui livelli di evidenza usati per il *National Guidelines Clearing House*¹⁸ ed è indicata in parentesi).
- Facilitare il contatto pelle a pelle prolungato immediatamente dopo la nascita quando la madre è sveglia per migliorare la stabilizzazione post-parto della frequenza cardiaca, lo sforzo

respiratorio, il controllo della temperatura, il glucosio nel sangue, la stabilità metabolica e l'allattamento precoce¹⁹⁻²¹. (IV, I, e IIA)

- Determinare l'età gestazionale da stima ostetrica e i punteggi di Ballard modificati da Dubowitz²². (III)
- Osservare il bambino nelle 12-24 ore dopo la nascita per escludere instabilità fisiologiche (come ipotermia, apnea, tachipnea, desaturazione di ossigeno, ipoglicemia, scarsa alimentazione). Il luogo in cui il bambino viene tenuto in osservazione dipenderà dalle condizioni locali, dalla struttura e dal personale disponibile e da come può essere supportata per l'allattamento la diade madre-neonato^{16,17,19}. Questa attenta osservazione clinica deve continuare durante il contatto pelle a pelle, l'allattamento e il rooming-in.
- Incoraggiare il rooming-in 24 ore al giorno, con frequenti periodi di contatto pelle a pelle quando la madre è sveglia. Se il bambino è fisiologicamente stabile e in salute, permettere al bambino di restare con la madre mentre riceve antibiotici in via endovenosa o mentre svolge la fototerapia.²⁰
- Permettere il libero accesso al seno incoraggiando l'inizio dell'allattamento entro 1 ora dalla nascita.^{23,24} (I, IIA) Se la madre e il bambino sono separati la madre dovrebbe iniziare la spremitura manuale del colostro entro 1 ora dalla nascita²⁵ (IB) e successivamente ad intervalli di circa 3 ore. Alcuni studi, ma non tutti, dimostrano che la spremitura manuale è efficace quanto o migliore del tiralatte, nello stabilire un buon volume di latte immediatamente dopo la nascita.^{23,24, 26-29} Anche se la madre e il bambino non sono separati, molti di questi neonati non succhiano efficacemente quando viene loro offerto per la prima volta il seno, quindi va considerata la spremitura manuale e l'alimentazione con il colostro estratto offerto con cucchiaino, contagocce o altri dispositivi dopo il primo tentativo di allattamento.²⁶ (III)
- Incoraggiare l'allattamento *ad libitum* e a richiesta. Può essere necessario svegliare il bambino se lui o lei non dà segnali di fame entro 4 ore dalla precedente poppata, che non è inusuale nei bambini prematuri tardivi.¹² (IV) Il bambino dovrebbe essere allattato (o alimentato con latte) 8-12 volte nelle 24 ore. Istruire e aiutare a iniziare l'estrazione del latte con tiralatte o spremitura manuale alle madri che hanno

- bambini più piccoli, più assonnati o incapaci di attaccarsi con successo nelle prime 24 ore. Questi bambini, soprattutto se hanno avuto un ritardo della crescita intrauterina (IUGR), possono aver bisogno di aggiunta (preferibilmente latte materno) per i bassi livelli di glucosio o per l'eccessiva perdita di peso.
- h. Mostrare alla madre le tecniche per facilitare l'attacco efficace al seno con particolare attenzione al supporto adeguato della mascella e della testa.³⁰ (IV)

TABELLA 2 - PRINCIPI DI CURA PER I BAMBINI PRETERMINE TARDIVI

1. Sviluppare politiche e percorsi specifici per la gestione dell'allattamento
2. Garantire la comunicazione tra tutti gli operatori e i genitori
3. Assicurare un'adeguata valutazione e rivalutazione di madre e figlio
4. Fornire tempestivo supporto ospedaliero ed extra ospedaliero per l'allattamento extra-ospedaliero
5. Evitare o ridurre al minimo la separazione di madre e figlio
6. Prevenire e riconoscere prontamente i problemi
7. Educare genitori, infermieri, consulenti per l'allattamento e medici sulle vulnerabilità e le sfide che sono specifiche per la cura di questi bambini
8. Elaborare specifiche linee guida di dimissioni e *follow up*
9. Monitorare i risultati della cura attraverso progetti di miglioramento della qualità

Assistenza continuativa

- a. Comunicare qualsiasi cambiamento nel piano alimentare ai genitori e al personale ospedaliero direttamente e/o per iscritto, come si ritiene opportuno in base a protocolli e procedure locali^{16,17}.
- b. Valutare l'allattamento, preferibilmente entro 24 ore dalla nascita, con un consulente dell'allattamento o un'altra figura professionale esperta nella gestione dell'allattamento dei bambini prematuri tardivi e quelli quasi a termine.^{16,19}
- c. Verificare e documentare come procede l'allattamento almeno 2 volte al giorno, eseguito da due differenti professionisti o operatori sanitari, preferibilmente usando uno strumento standardizzato (*LATCH*

score, IBFAT, *Mother/baby Assessment tool*).³¹⁻³⁴ (III)

- d. Istruire la madre sull'allattamento del bambino prematuro tardivo (posizione, attacco, durata delle poppate, primi segnali di fame, compressione del seno ecc.)^{12,17,19} Fornire informazioni scritte e istruzioni verbali sull'allattamento.
- e. Monitorare i parametri vitali ogni 6-8 ore, variazioni nella crescita, emissione di feci e urine e il trasferimento di latte.^{16,17,19}
- f. Monitorare i problemi che si verificano più frequentemente (ad esempio ipoglicemia, ipotermia, scarsa alimentazione, iperbilirubinemia).³⁵ (I) I bambini prematuri tardivi o quasi a termine dovrebbero essere seguiti attentamente per controllare i livelli di bilirubina fino a che raggiungano i valori più bassi. Molte strutture sanitarie determinano i livelli di bilirubina e le tracciano su un grafico appropriato in base all'età in ore (ad es. il grafico di Bhutan) prima che il bambino sia dimesso.^{6,36,37} (IV, III e IV). Alcuni bambini possono essere trasferiti in un reparto di maggior livello per la gestione e il monitoraggio appropriati dal punto di vista medico.
- g. Evitare l'eccessiva perdita di peso o disidratazione. Una perdita di peso superiore al 3% del peso alla nascita nelle 24 ore o più del 7% entro il terzo giorno meritano attenzione e potrebbe essere necessario un ulteriore monitoraggio e adeguamento del supporto medico e dell'allattamento.^{16,17,19}
 - i. Se si nota che il trasferimento del latte è inefficace, la compressione del seno mentre il bambino succhia può essere utile^{26,38,39} e l'uso di un paracapezzolo in silicone ultra sottile può essere preso in considerazione^{12,39}. Se si usa il paracapezzolo, la madre e il bambino dovranno essere attentamente seguiti da un consulente dell'allattamento o da un professionista sanitario che abbia le conoscenze professionali fino a che non ci sia più bisogno del paracapezzolo.
 - ii. Considerare la doppia pesata giornaliera o dopo alcune (ma non tutte) le poppate al seno per valutare la quantità di latte trasferito.^{12,40} I bambini vengono pesati immediatamente prima della poppata su una bilancia

- elettronica con precisione di minimo ± 5 grammi, quindi pesati nuovamente immediatamente dopo la poppata nelle stesse identiche circostanze.
- iii. Il bambino dopo la poppata potrebbe aver bisogno di integrazioni in piccole quantità (5-10ml a poppata il primo giorno, 10-30 ml a poppata a seguire) di latte materno spremuto, latte materno donato o formula artificiale. La scelta dei metodi di integrazione comprende tazza, siringa, dispositivo di alimentazione supplementare o biberon e dipende dalla situazione clinica, dalle preferenze della madre e dall'esperienza degli operatori sanitari che assistono la madre. È stato dimostrato che l'alimentazione con la tazza è sicura nei bambini prematuri tardivi e a termine, con un'attenzione particolare alla tecnica appropriata che consente ai bambini di lappare il latte secondo il proprio ritmo. Alcuni ricercatori hanno riscontrato che alimentare con la tazza richiede più tempo con meno trasferimento di latte rispetto al biberon.⁴² (IB). Esistono poche prove circa la sicurezza o l'efficacia di altri metodi di alimentazione alternativi o il loro effetto sull'allattamento. Un recente studio, tuttavia, non ha riscontrato nessuna differenza sull'aumento del peso, numero delle poppate e durata della degenza ospedaliera con l'alimentazione con la tazza rispetto ai bambini allattati con il biberon; l'alimentazione con la tazza è stata associata a un significativo effetto protettivo sull'allattamento esclusivo alla dimissione ospedaliera e a 3 e 6 mesi dopo le dimissioni.⁴³ (IB) I piccoli IUGR o i prematuri tardivi possono non avere ritmi regolari di sonno/veglia. Per questi bambini si deve prendere in considerazione di offrire latte materno spremuto (con biberon, tazza, ecc) quando sono meno attivi e attaccarli al seno quando sono più svegli.¹²
- iv. Se si integra con latte materno tirato o formula, la madre deve tirare il latte con tiralatte o manualmente dopo l'allattamento almeno 6 volte ogni 24 ore per aiutare a stabilire e mantenere la sua produzione di latte fino a quando il bambino non viene allattato esclusivamente.^{12,16,17,19} Se il bambino non si nutre al seno, le madri dovrebbero spremere/estrarre almeno 8 volte nelle 24 ore. La produzione di latte può essere aumentata dal massaggio/compressione del seno durante il pompaggio.²⁶
- h. Evitare l'ipotermia usando il contatto pelle a pelle, cioè il metodo canguro, quanto più possibile quando la madre è sveglia o avvolgendo il neonato se necessario con doppie copertine e vestendolo con maglia e cappellino. Può essere necessario l'uso intermittente di un'incubatrice per mantenere la normotermia.
- Pianificazione delle dimissioni.
- a. Valutare se il bambino è pronto per le dimissioni incluso se ha raggiunto la stabilità fisiologica e se si nutre esclusivamente al seno o con integrazione supplementare.^{12,16,19,44} (IV) Il neonato pretermine fisiologicamente stabile dovrebbe essere in grado di mantenere una temperatura corporea per almeno 24 ore senza assistenza e avere una frequenza respiratoria normale. Preferibilmente, il peso non dovrebbe essere inferiore al 7% di quello alla nascita anche se andrebbero presi in considerazione tutti gli aspetti della diade madre/bambino. Un'adeguata assunzione di latte dovrebbe essere documentata dalla quantità assunta (es. con doppia pesata) o dal peso del neonato. (es. se stabile o in aumento)^{12,16}.
- b. Sviluppare un programma di alimentazione per le dimissioni. Considerare il metodo di alimentazione (tazza, seno, dispositivi di alimentazione, biberon, ecc), tipo di alimentazione (es. latte materno, latte umano donato o in formula), quantità di latte assunto (ml/kg

- /giorno) specialmente se vi sono supplementazioni. Se richiesto, determinare i metodi più pratici e accettabili per la madre per offrire l'integrazione.^{12,16,17,19}
- c. Comunicare il piano di dimissioni alla madre e al personale professionale che si occupa del neonato. È da preferire una comunicazione scritta¹⁶.
 - d. Quando il trasferimento del latte materno è basso, può essere appropriato dimettere la madre con una bilancia per fare la doppia pesata per confermare il latte trasferito durante l'allattamento o fare in modo che il bambino abbia frequenti controlli del peso¹². Si dovrebbe chiedere ai genitori di monitorare e annotare l'emissione di urina e feci.

Implementazione dei principi di cura: follow-up ambulatoriale o comunitario.

Visita iniziale

- a. Sebbene i tempi della durata della degenza ospedaliera possano variare, i bambini prematuri tardivi e quelli quasi a termine richiedono un attento *follow-up* nel primo periodo postpartum e il primo controllo o visita a casa deve essere normalmente effettuato 1 o 2 giorni dopo le dimissioni.^{17,45,46} (IV).
- b. Informazioni rilevanti, inclusa la storia prenatale, perinatale, neonatale e nutrizionale (es. bisogno di supplementazione in ospedale, problemi di attacco, bisogno di fototerapia, ecc.) dovrebbero essere registrate. L'età gestazionale e il peso alla nascita dovrebbero essere specificamente annotati. Modelli di cartelle cliniche elettroniche con domande specifiche per l'allattamento al seno sono utili per registrare queste informazioni.
- c. Riesaminare l'alimentazione dopo le dimissioni con un'attenzione specifica alla frequenza e alla durata approssimativa della poppata e, se necessario, metodo e tipo d'integrazione (es. latte materno tirato, formula). Ottenere informazioni circa le feci e le urine espulse, colore delle feci e comportamento del neonato (es. pianto, insoddisfazione dopo la poppata, sonnolenza e difficoltà a rimanere sveglio durante la poppata, ecc.) Se i genitori hanno un diario scritto delle poppate, dovrebbe essere esaminato.^{17,46,47} (IV)

- d. Esaminare il neonato, notando lo stato vigile e l'idratazione. Pesare accuratamente il bambino senza vestiti. Calcolare la variazione percentuale del peso alla nascita e la variazione di peso dopo le dimissioni. Valutare l'ittero, preferibilmente con un dispositivo di *screening* transcutaneo della bilirubina e/o con la determinazione della bilirubina sierica, se indicato.^{17,46}
- e. Valutare il seno della mamma per capezzolo, dolore, trauma, ingorgo e mastite. Lo stato emotivo della madre e il grado di affaticamento dovrebbero essere considerati soprattutto quando si valuta la *routine* delle integrazioni. Osservare ogni volta la poppata, valutando l'attacco, la suzione e la deglutizione.⁴⁶
- f. Rivedere gli obiettivi e le aspettative della madre sull'allattamento del bambino prematuro tardivo o quasi a termine. Lei potrebbe aver bisogno di sostegno e istruzioni sul processo di transizione dal tirarsi il latte e darlo come aggiunta all'allattamento esclusivo al seno. Le madri dovrebbero essere avvertite di non ridurre troppo rapidamente le sessioni di estrazione per garantire un'abbondante produzione che consentirà un trasferimento del latte più efficace.¹²
- g. Rivedere con i genitori dove il bambino venga messo a dormire e istruirli sulle pratiche di un sonno sicuro. Chiedere "Dove hai dormito con il tuo bambino la notte scorsa?" può dare una visione più accurata delle pratiche del sonno messe in atto.

Risoluzione dei problemi

- a. Un incremento ponderale <20 g./giorno è quasi sempre una spia di insufficiente assunzione di latte. L'incremento medio giornaliero del peso di un bambino sano è di 28/34 g./giorno.⁴⁸ (IV) Chi assiste il bambino deve determinare se il problema sia un'insufficienza di latte o un'incapacità del bambino a trasferire sufficiente latte, o una combinazione di entrambe. Il bambino che assume abbastanza latte materno dovrebbe bagnare almeno 6 pannolini al giorno e avere tre o quattro scariche piuttosto abbondanti, di colore giallo e di consistenza granulosa dal quarto giorno di vita, dovrebbe apparire soddisfatto già dopo 20-40 minuti di poppata e dovrebbe avere una perdita o

- un aumento di peso appropriato all'età. Benché una perdita di peso del 10% possa essere considerata accettabile in un bambino pretermine tardivo sano e di buon peso e in un bambino quasi a termine che sta mangiando efficacemente e la cui madre è nella fase di raggiungimento dell'attivazione secretoria, in molte situazioni un massimo di perdita di peso del 7% è più appropriato per un bambino più piccolo o con ritardo intrauterino. Le seguenti strategie possono essere d'aiuto per incrementare l'aumento di peso:
- i. Osservare il bambino durante la poppata con particolare attenzione all'attacco, alla suzione e alla deglutizione. La doppia pesata può essere utile per valutare la quantità di latte trasferito.
 - ii. Aumentare il numero delle poppate.
 - iii. Introdurre l'integrazione (preferibilmente con latte spremuto della mamma o di una donatrice) dopo la poppata o aumentare la quantità di aggiunta che già viene data.
 - iv. Dare l'aggiunta se il bambino è ancora sveglio e non appare soddisfatto dopo circa 30-40 minuti di poppata. Prolungare inutilmente oltre la poppata potrebbe stancare il bambino senza che riesca ad assumere ancora altro latte. I neonati hanno bisogno di pause tra le poppate piuttosto che stare attaccati continuamente.
 - v. Iniziare o aumentare il numero delle estrazioni di latte (manualmente o con tiralatte), specialmente se dopo la poppata il seno non è ancora ben drenato. Se invece si sta già usando un tiralatte in modo corretto, provare ad usare una modalità più efficace (abbinando la spremitura manuale al tiralatte o viceversa o utilizzando un tiralatte elettrico più efficace). L'estrazione del latte più di 6 volte al giorno non è sempre fattibile quando il bambino è tornato a casa, allo stesso tempo tirare 8 o più volte al giorno potrebbe essere necessario per ottimizzare la rimozione del latte (IV)
 - vi. Valutare metodi di rilassamento durante l'estrazione, organizzarsi con dell'aiuto per le altre faccende, per cercare di riposare di più.
 - vii. Il triplo schema di alimentazione (allattamento seguito dall'integrazione e quindi dall'estrazione) per ogni pasto è efficace, ma non può essere sostenuto da tutte le mamme, soprattutto se non hanno sufficiente aiuto a casa. L'abilità della madre di far fronte e gestire l'allattamento e l'estrazione devono essere messe in conto quando si redige il piano alimentare (IV).
 - viii. In accordo con la madre, considerare l'uso di un galattagogo (un farmaco che aumenta la secrezione del latte nelle donne) se è stata documentata una scarsa produzione di latte e altre strategie per aumentare la produzione di latte sono fallite (vedi protocollo ABM #9).⁴⁹
 - ix. Considerare di rivolgersi a un consulente dell'allattamento o un medico specialista dell'allattamento.
 - b. Per i bambini con difficoltà ad attaccarsi al seno, si dovrebbe esaminare la bocca per controllare anomalie anatomiche (es. anchiloglossia [frenulo linguale] palatoschisi) e può essere di aiuto un esame digitale della suzione praticata da un professionista sanitario adeguatamente formato. I capezzoli della madre e il seno dovrebbero essere esaminati per valutare lo sviluppo del seno, la configurazione anatomica, eventuali dotti ostruiti o bloccati, mastiti, ingorghi, trauma dei capezzoli o compressione del capezzolo post allattamento. Possono essere presi in considerazione il rinvio a un consulente per l'allattamento o un medico specialista per l'allattamento o nel caso di anchiloglossia, a un professionista sanitario specializzato in frenotomia.⁵⁰ (III)
 - c. Itterizia e iperbilirubinemia sono molto comuni nei bambini prematuri tardivi e in quelli quasi a termine. Sebbene vadano considerati tutti i fattori di rischio, se il fattore di causa principale è l'insufficienza di latte, il trattamento principale è di procurare più latte al bambino, preferibilmente migliorando le strategie di allattamento o integrando con latte materno tirato o donato. Se è indicata la fototerapia a casa o in ospedale, la produzione e l'assunzione di latte materno non dovrebbero essere compromesse.^{51,52} (IV) Se il latte della madre o di una donatrice non è

disponibile, si dovrebbero usare piccole quantità di formula. A questo scopo si possono prendere in considerazione forme idrolizzate di caseina, poiché vi sono studi che queste formule sono più efficaci nel ridurre la bilirubina sierica rispetto al latte in formula standard per neonati.⁵³ (IIB)

Proseguimento della cura

- a. I bambini che non hanno avuto un buon aumento di peso e per cui sono state fatte variazioni al piano di alimentazione devono essere valutati da un operatore sanitario adeguatamente formato, frequentemente (es. giornalmente o ogni 2-3 giorni in base alle situazioni) dopo ogni modifica alimentare in ospedale o in ambulatorio o da un operatore sanitario domiciliare con un *feedback* al medico curante. (III)
- b. Il bambino prematuro tardivo dovrebbe avere controlli del peso settimanali fino a 40 settimane di età post-concezionale o fino a quando non mostra segni di crescita ottimale. L'incremento del peso dovrebbe essere in media 20-30 gr/giorno, e la lunghezza e la circonferenza della testa dovrebbero aumentare di 0,5 cm/settimana.⁴⁸
- c. I bambini prematuri tardivi allattati hanno maggior rischio di carenza di ferro e di anemia da carenza di ferro paragonati agli altri bambini, ed è raccomandata un'integrazione di ferro.⁵⁴⁻⁵⁶ (IV,III e IB)
- d. I bambini prematuri tardivi sono anche più soggetti a dormire in situazioni non sicure paragonati con i bambini nati a termine,⁵⁷ questo si aggiunge all'aumentato rischio per la sindrome di morte infantile (SIDS) nei neonati pretermine. Perciò deve essere garantita una regolare indagine su posizione e luogo del sonno.
- e. La diagnosi dei bambini nati prematuri tardivi dovrebbe restare nelle liste pazienti dell'operatore sanitario primario per diversi anni, poiché questi bambini sono a maggior rischio di sviluppare problemi polmonari e lievi problemi di sviluppo neurologico.^{8,58}

Gemelli

- a. Le gestazioni multiple (gemellari, trigemellari, ecc.) hanno spesso come conseguenza la nascita pretermine o

prematuro tardiva. Il problema di avere sufficiente latte per nutrire due o più bambini e alimentarne 2 al seno è molto più impegnativo che gestire una coppia di nati unici.

- b. L'alimentazione supplementare è frequentemente necessaria. È possibile considerare di integrare con latte di una donatrice, almeno nelle prime settimane di vita, se la madre non produce latte sufficiente.
- c. Aiutare la madre dei gemelli nella gestione del tempo. Questo include come utilizzare meglio l'aiuto dei famigliari, amici e anche aiuto esterno.
- d. La madre dei gemelli prematuri tardivi solitamente non sarà in grado di allattarli insieme a causa della loro immaturità e avrà bisogno di aiuto con il posizionamento e l'attacco e una continua attenzione durante la poppata finché non saranno più grandi ed ognuno si nutrirà efficacemente al seno da solo.
- e. Alcune madri non produrranno abbastanza latte per l'allattamento esclusivo per più di un bambino, e questi neonati avranno bisogno di un'aggiunta con latte umano donato o in formula.

Raccomandazioni per la Futura Ricerca

1. Valutazione delle cure nelle prime 12-24 ore mentre il bambino è nella fase di transizione all'ambiente extra-uterino, poiché al momento non esiste un approccio uniforme.
2. Determinazione della tempistica delle dimissioni e cura post dimissioni ottimale.
3. Migliori pratiche per ottimizzare l'incremento del latte materno.
4. Migliori pratiche per la transizione del bambino all'allattamento materno esclusivo.
5. Migliori pratiche per aiutare le madri a far fronte a lunghe sedute di estrazione e di allattamento.

Riferimenti

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 infants 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 breastfeeding 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/obgyn/maternity/newborn/nicu/spin/staff/Pages/late-preterm.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%20-%2013.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, Hougland 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 48h 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 (breastmilk) 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, Lazzaroni LC, et al. Pre-discharge 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 preterm 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.
41. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. 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 cupfeedings and bottlefeedings 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 galactagogues 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(Sa~o Paulo, Brazil)* 2014;69:792–798.
56. Berglund SK, Westrup B, Domello 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.

I Protocolli dell'ABM scadono 5 anni dopo la data di pubblicazione. Il contenuto di questo protocollo è aggiornato al momento della pubblicazione. Revisioni basate sulle evidenze scientifiche vengono realizzate entro 5 anni o prima, se ci sono cambiamenti significativi nelle evidenze.

La prima e la seconda versione di questo protocollo sono state realizzate da Eyla G Boies e Yvonne E Vaucher.

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee
 Wendy Brodribb, MBBS, PhD, FABM, Chairperson
 Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson
 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

Traduzione del dott. Gerardo Chirichiello,
Presidente AICPAM
Revisione di Valentina Gaggiato, Roberta
Voltazza e Carla Scarsi
Consulenti de La Leche League Italia

Questo articolo è stato citato da:

1.Kellams Ann, 1 Harrel Cadey, 2 Omage
Stephanie, 3 Gregory Carrie, 4, 5 Rosen-Carole
Casey, 4, 5 and the Academy of Breastfeeding
Medicine 1Department of Pediatrics, University of
Virginia, Charlottesville, Virginia. 2Department of
Family & Community Medicine, University of
Arizona College of Medicine and Family Medicine
Residency, Tucson, Arizona. 3Discipline of
General Practice, The University of Queensland,
Brisbane, Australia. 4Department of Pediatrics,
University of Rochester, Rochester, New York.
5Department of OBGYN, University of Rochester,
Rochester, New York. ABM Clinical Protocol #3:
Supplementary Feedings in the Healthy Term
Breastfed Neonate, Revised 2017. *Breastfeeding
Medicine, ahead of print.*

**Certified Translation: this translation has been
approved by the Academy of Breastfeeding
Medicine.**

**Traduzione certificata: questa traduzione è
stata approvata dall'Academy of Breastfeeding
Medicine.**

Per comunicazioni: abm@bfmed.org

BREASTFEEDING MEDICINE
Volume 9, Number 5, 2014
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/bfm.2014.9984

Tradotto nel luglio 2019