

INTERFERENZE MEDICHE CON L'ALLATTAMENTO AL SENO

RICCARDO DAVANZO, LUCA RONFANI E SUSANNA CENTUORI

Gruppo di Lavoro sull'Allattamento al Seno, Neonatologia e Centro collaboratore dell'OMS per la Salute Materno-Infantile, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

MEDICAL INTERFERENCES WITH BREASTFEEDING (M&B 8, 511-513, 1997)

Key words

Breastfeeding, Medical interferences, Sedatives, Thermal control

Summary

Doctors can exert a strong influence on the success of breastfeeding, from the period immediately preceding birth to the first months of life. The Authors provide a list of common medical interferences with breastfeeding, focusing on some of the less obvious, such as sedatives given to mother prior to delivery, inadequate thermal protection in the delivery room, use of topic ointments for the prevention and the treatment of sore nipples and lack of appropriate training in principles and practice of breastfeeding.

L'allattamento al seno, esperienza naturale di alimentazione e di vita, trova il suo avvio nella nostra società sotto la tutela o la supervisione degli operatori sanitari, in considerazione dell'isolamento sociale della famiglia nucleare e dell'inadeguata trasmissione trasversale delle competenze allevanti. Così, a seconda della cultura, dell'attitudine e della competenza degli operatori sanitari, l'allattamento al seno può essere incoraggiato o viceversa ostacolato.

Le modalità di interferire con l'allattamento al seno possono dipendere dall'organizzazione dell'istituzione oppure dall'intervento individuale del professionista.

Nella *Tabella I* è elencata una lunga serie di fattori, che potremmo definire di antipromozione dell'allattamento naturale. La maggior parte di tali fattori sono ben noti nella letteratura^{1,2}, ma ciò non significa che, una volta riconosciuti, siano poi rimossi o modificati.

Si comprende così perché a metà degli anni '90 (5/11/94) la prestigiosa rivista *Lancet* abbia ritenuto opportuno dedicare un suo ormai famoso Editoriale ("A warm chain for breast-feeding") a un discorso apparentemente trito e ritrito come quello della promozione dell'allattamento al seno; nell'Editoriale, fra l'altro, si ricorda come: «Sono ancora comuni nelle maternità pratiche che notoriamente sono dannose (...); modalità assistenziali notoriamente vantaggiose spesso non sono in uso (...); la maggior

parte degli operatori sanitari non ha acquisito le conoscenze rilevanti e le competenze pratiche di base (...)». L'essenza della questione sembra concentrarsi tuttora proprio in queste poche parole!

Qui ci limiteremo a commentare alcune di queste interferenze, forse non le più importanti, ma sicuramente fra quelle meno comunemente prese in considerazione. Per chi volesse approfondire il tema rinviando invece alla bella e sistematica monografia della dottoressa Ruth Lawrence¹.

La bassa temperatura ambientale in sala parto

È esperienza comune che le sale parto dei nostri ospedali presentino condizioni microclimatiche più adatte alla madre o al personale sanitario che non al neonato^{3,4}. Vi è un range relativamente stretto di temperature ambientali dentro cui un bambino può mantenere la sua normale temperatura corporea con la minor attività termogenica possibile, in termini di consumo d'ossigeno e di quoziente metabolico.

Questa temperatura è detta ambientale neutra, e corrisponde a circa 24-25 °C per il neonato a termine e a circa 28-30 °C per quello pretermine. Temperature di 20 °C per un neonato nudo sono equivalenti a temperature di 0 °C per l'adulto nudo. Al di sotto di queste temperature, neppure ricorrendo alla termo-

INTERFERENZE MEDICHE SULL' ALLATTAMENTO AL SENO

A. Dipendenti dall'organizzazione dell'istituzione ospedaliera

Da parte ostetrica

- Temperatura ambientale troppo bassa della sala parto
- Somministrazione di farmaci alla madre
- Induzione del travaglio
- Mancato trasferimento fra ospedali della mamma a seguito del figlio (quando le condizioni materne lo consentano)
- Fleboclisi (per es. per terapia marziale) in puerperio
- Uso routinario di "topici" per la protezione del capezzolo
- Uso del paracapezzolo
- Visite dei parenti
- Dimissione troppo precoce o troppo tardiva della puerpera

Da parte neonatologica

- Immediata e routinaria separazione del bambino dalla madre dopo il parto per procedure assistenziali (visita, peso, bagnetto, aspirazione delle vie aeree e dello stomaco di routine, passaggio routinario nell'incubatrice)
- Ricovero in Neonatologia per patologia minore e prematurità leggera (35-36 settimane)
- Nido chiuso con poppate ad orario fisso
- Mancanza di rooming-in (per problemi logistici o scarsità di personale)
- Supplementazioni non necessarie di liquidi diversi dal latte materno
- Uso del ciuccio passatempo
- Promozione dell'allattamento artificiale (consegna di campioni di latte, indicazione routinaria di una marca di latte artificiale ai bambini allattati esclusivamente al seno, istruzioni a tappeto a preparare il latte artificiale, poster o altro materiale pubblicitario)
- Mancato sostegno dopo la dimissione (ambulatorio dell'allattamento, disponibilità telefonica...)

B. Dipendenti dal counselling del singolo professionista

- False controindicazioni ad allattare
- Consigli ambigui, contraddittori o poco efficaci sull'allattamento (per scarsa attitudine, incapacità a capire il vero problema, inadeguatezza nel dare sostegno psicologico) e difficoltà a succhiare

Tabella I

RAPPORTO FRA SOMMINISTRAZIONE DI MEPERIDINA ALLA MADRE DURANTE IL TRAVAGLIO E SUZIONE IN SALA PARTO DI 72 NEONATI

	Suzione nel neonato		Suzione assente
	Pattern corretto	Pattern non corretto	
Petidina NO	23	8	1
Petidina SI	8	7	25

(Righard, 1990)

Tabella II

regolazione, neonato e adulto riescono a mantenere la propria temperatura corporea e si sviluppa ipotermia.

L'ipotermia neonatale causata dalla bassa temperatura in sala parto (così come dall'inadeguato controllo termico da parte degli operatori sanitari che non asciugano adeguatamente il neonato dal liquido amniotico), oltre a rappresentare

un pericolo per il neonato, ostacola la suzione del bambino e quindi in definitiva l'allattamento al seno.

Ricordiamoci quindi che, oltre all'amore (le pratiche di bonding), al nutrimento ottimale (il latte materno) e all'igiene (per evitare le infezioni), il neonato ha bisogno anche di mantenersi riscaldato.

Somministrazione di farmaci al momento del parto

La problematica dei possibili effetti neurocomportamentali sul neonato dei farmaci, prevalentemente ad azione analgesica o sedativa, utilizzati dall'ostetrico durante il travaglio e il parto, è nota ai ricercatori da più di 30 anni⁵.

Gli effetti sul neonato della meperidina (petidina) sono i meglio noti, visto il largo impiego del farmaco in ostetricia. La meperidina somministrata alla madre passa al feto e, avendo un'emivita nel neonato di 13-23 ore (o addirittura di 62 ore per il suo metabolita attivo, normeperidina), si comprende come il comportamento del neonato possa risultare alterato per un tempo prolungato, con riduzione dell'abilità di rispondere agli stimoli visivi e uditivi e con depressione del respiro.

Alcuni autori (anche se isolati) hanno addirittura descritto un pH ombelicale più basso e una riduzione del flusso ematico aortico.

Più recentemente Righard e Alade⁶ hanno messo in luce come solo il 20% (8/40) dei bambini nati a termine, di peso normale, con Apgar 9 o 10, la cui madre aveva ricevuto una dose di meperidina di 75-100 mg in travaglio, sia capace di succhiare correttamente al seno entro le prime due ore di vita; l'80% dei neonati invece succhia in maniera inadeguata (7/40) o non è per niente capace di succhiare (25/40) (Tabella II).

Anche un altro recente studio condotto da Nissen⁷ mostra che la manifestazione dei riflessi cardinali e della suzione è depressa o ritardata nei neonati esposti alla meperidina, suggerendo che questi neonati dovrebbero essere lasciati più a lungo a contatto con la mamma nell'immediato dopo-parto per avere un'opportunità in più di avviare la prima suzione al seno.

La letteratura disponibile non evidenzia che il diazepam dato alla madre possa determinare effetti negativi, anche se è ben noto che questo farmaco può determinare nel neonato che lo assuma direttamente ipotonia, letargia e difficoltà a succhiare.

La somministrazione epidurale di morfina⁸ può determinare il passaggio del farmaco nel latte materno, anche se in quantità molto basse e per lo più nella forma coniugata, farmacologicamente inattiva. Il passaggio del farmaco per via transplacentare può comunque deprimere un neonato e interferire con la sua suzione.

Induzione del travaglio

L'induzione del travaglio viene solitamente ottenuta mediante la somministrazione di ossitocina sintetica endovena o l'applicazione di prostaglandine a livello della cervice uterina (gel: dinoprostone, PGE₂).

Non è noto con chiarezza il ruolo del PGE₂ sulla lattazione e nemmeno fino a che punto la somministrazione di ossitocina esogena possa a medio termine interferire con la produzione e l'eiezione di latte, magari per feed-back ormonale negativo.

Igiene del capezzolo e prevenzione delle ragadi

Sono in uso molti tipi di unguenti, di creme e di liquidi da applicare al capezzolo prima e/o dopo ogni poppata, per evitare l'insorgere delle ragadi. La loro utilità non è documentata, mentre si sa che l'applicazione topica di sostanze odorose, così come il semplice lavaggio del capezzolo prima della poppata, può disorientare il neonato⁹.

I paracapezzoli possono essere causa di scarsa crescita al seno. Vanno usati solo in casi molto selezionati e mai per più di 1-2 giorni al massimo. Se il capezzolo continua a dolere anche dopo le prime poppate, è possibile che il bambino si stia attaccando al seno in maniera inadeguata o che vi sia una sottostante infezione da *Candida* del capezzolo, che andrà adeguatamente curata.

La formazione del personale sanitario

Il più delle volte è carente nel campo dell'allattamento al seno, sia per inadeguatezza dei curricula studiorum di medici, infermiere e ostetriche, sia per la mancanza di precisi programmi di aggiornamento a livello locale e nazionale. Anche testi di pediatria autorevoli come il *Nelson* nei capitoli riguardanti l'allattamento naturale possono presentare errori sostanziali. L'edizione 1996 del *Nelson*, per esempio, pur avendo dato molto più spazio all'allattamento naturale rispetto alle edizioni passate, fa le seguenti criticabili affermazioni:

1. «(...) *nursing more than every 2 hours, however, may inhibit prolactin secretion (...) corrected by delaying feeding to 2 1/2 hours intervals*».

Ciò mette in dubbio la fisiologia

CORSI SULL' ALLATTAMENTO AL SENO PER OPERATORI SANITARI

Presso l'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste, a cura del Gruppo di Lavoro sull'Allattamento al Seno a partire dal novembre 1997 saranno tenuti i seguenti due distinti corsi:

1. Un corso per dirigenti sanitari ospedalieri e territoriali della durata di due giorni, avente l'obiettivo di chiarire il perché valga la pena promuovere l'allattamento al seno (*La promozione dell'allattamento al seno nelle strutture sanitarie: corso breve per amministratori e responsabili della politica sanitaria*); primo corso disponibile: 17 e 18 novembre 1997.
2. Un corso di tre giorni per operatori ospedalieri e territoriali a contenuto anche pratico chiamato *Promozione e Pratica dell'Allattamento al Seno. Corso per operatori sanitari* (10); primo corso disponibile: 19-20-21 novembre 1997.

Il manuale di quest'ultimo corso è stato stampato a spese della Regione Friuli-Venezia Giulia nell'autunno 1996 e inviato alle Segreterie particolari degli Assessorati alla Sanità delle varie Regioni italiane e Province Autonome, dove può essere richiesto. La valutazione dell'impatto di quest'ultimo corso sulla prevalenza dell'allattamento al seno in 8 aree-ospedale italiane è in via di sperimentazione da parte nostra nell'ambito di una ricerca multicentrica nazionale, i cui risultati saranno noti a partire dal 1998.

Per informazioni sui due corsi rivolgersi al dott. Adriano Cattaneo dell'Ufficio per la Cooperazione Internazionale (tel: 040/3785236; fax: 040/3785402)

delle poppate frequenti e il fatto che più il bambino succhia, più latte materno avrà a disposizione. Noi sappiamo viceversa che non è allungando l'intervallo fra le poppate che si favorisce l'allattamento al seno, bensì verificandone la validità e l'efficienza. Sugerendo di aumentare l'intervallo fra poppate invece si apre la porta automaticamente all'allattamento misto.

2. «(...) *acute infections in the mothers may contraindicate breast-feeding, if the infant does not have the same infection* (...)».

La conclusione che uno può trarre è che a ogni banale sindrome influenzale della madre, se il bambino è ancora indenne, convenga evitargli il latte materno. Esattamente il contrario di quanto deve essere suggerito.

3. «(...) *(as a contraindication) malaria* (...)».

Le reali controindicazioni ad allattare sono assai rare¹¹. Fra queste non possiamo in alcun modo inserirvi la malaria come suggerito dal *Nelson*! Innanzitutto perché il plasmodio non si trasmette con il latte umano. Se poi si volesse far riferimento allo stato di anemizzazione e/o deperimento organico della donna malarica, ricordiamo che la maggior parte delle forme cliniche di malaria nei paesi dove questa malattia è diffusa sono paucisintomatiche o comunque non gravi, per lo stesso fatto di essere di natura parassitaria.

Da questi esempi emerge come la cultura medica ufficiale (da cui originano i libri di testo) presenti lacune concettuali sia sulla pratica che sulla teoria dell'allattamento al seno.

A maggior ragione, quindi, si sente la necessità di una formazione strutturata e completa degli operatori sanitari per una loro sempre maggiore professionalizzazione nell'ambito dell'allattamento al seno.

Bibliografia

1. Lawrence RA: *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. Mosby, St Louis, 1993.
2. Davanzo R: *Manuale dell'allattamento al seno*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995.
3. Sinclair JC et al: *Effective care of the newborn infant*. Oxford University Press, 1992.
4. Klauss M et al: *Care of the high risk newborn*. Pergamon Press, 1993.
5. Stechler G: Newborn attention as affected by medications during labor. *Science* 144, 315-17, 1964.
6. Righard L, Alade MO: Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 336, 1105-07, 1990.
7. Nissen E et al: Effects of maternal pethidine on infants' developing breast feeding behaviour. *Acta Paediatr* 84, 140-5, 1995.
8. Bernstein J et al: Colostrum morphine concentrations following epidural administration. *Anesth Analg* 68, S23, 1989.
9. Varendi H et al: Does the newborn baby find the nipple by smell? *Lancet* 344, 989, 1994.
10. UNICEF, Nutrition Cluster: *Breastfeeding Management and Promotion in a Baby Friendly Hospital*. UNICEF, NY, USA, 1993.
11. Davanzo R et al: Esistono situazioni in cui scoraggiare l'allattamento al seno? *Rivista di Pediatria Preventiva e Sociale* 45, 103, 1995.

