

Avvio della produzione di latte

Il raggiungimento di un'adeguata produzione di latte inizia con lo sviluppo del tessuto mammario (Sviluppo) e l'avvio della produzione (Avvio). Un buon inizio avrà un impatto fondamentale sulla riuscita dell'allattamento a lungo termine.

Le seguenti informazioni sono rivolte alle madri nei primissimi giorni dopo la nascita, antecedenti alla montata lattea (iniziazione).

Sviluppo

Questa fase è nota come differenziazione secretoria (lattogenesi I).

La gravidanza non comporta solo la crescita del feto, ma è anche il momento in cui il seno si prepara per l'allattamento.



Aumento del seno in volume fino al 46%

Dal periodo antecedente la gravidanza fino al parto, il seno può aumentare in volume fino al 46%. Tale crescita non è sistematica e identica per tutte le madri e per alcune può verificarsi anche dopo la nascita del bambino ¹.



Cambiamenti strutturali della ghiandola mammaria

Durante la gravidanza, all'interno della ghiandola mammaria si sviluppa un intricato sistema ramificato di dotti lattiferi e di cellule che producono latte (lattociti). In questo arco di tempo può verificarsi anche la produzione di piccole quantità del primo latte (colostro) ^{2, 3}.

Avvio

Questa fase è nota come attivazione secretoria (lattogenesi II), comunemente indicata con il termine «montata lattea».

Nei primissimi giorni successivi alla nascita, le variazioni di ormoni chiave attivano i lattociti, dando avvio a un'abbondante produzione di latte.



Giorno 1: 10–50 ml

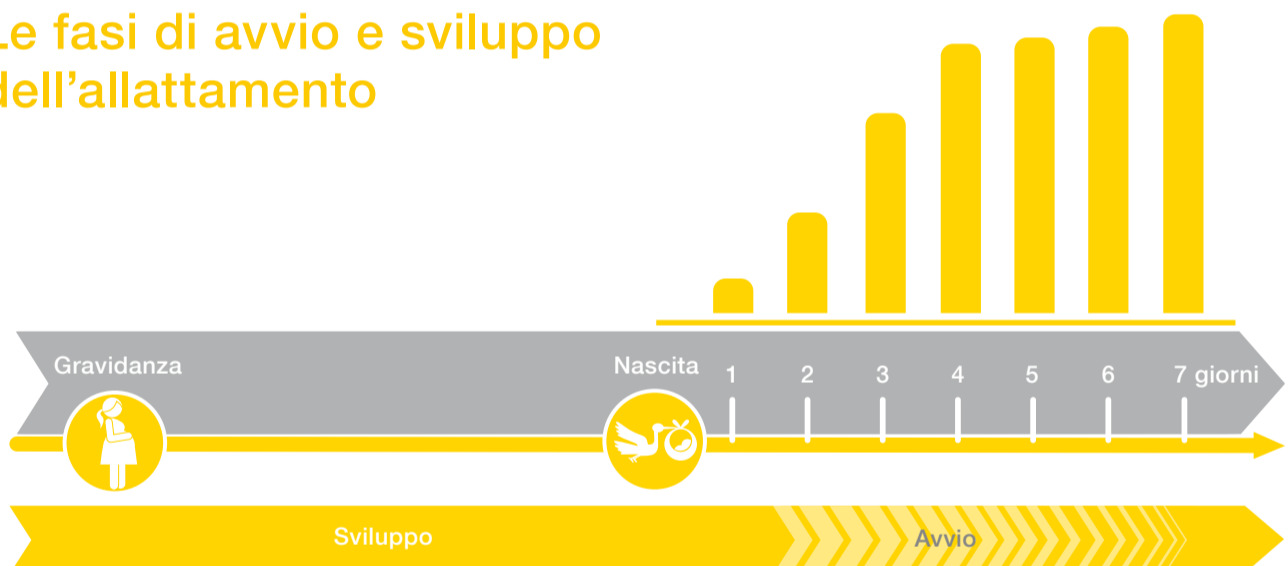
Una madre produce da 10 a 50 ml di latte nelle 24 ore successive alla nascita. Queste quantità aumentano nei giorni successivi, in coincidenza con la trasformazione del colostro in latte di transizione ^{3, 4, 5}.



Giorno 3: montata lattea

La tempistica dell'attivazione secretoria varia da madre a madre e va dalle 24 alle 120 ore successive alla nascita. Un'attivazione secretoria ritardata è stata associata a un allattamento più breve ^{3, 6}.

Le fasi di avvio e sviluppo dell'allattamento



Cominciare bene

Subito dopo la nascita, le madri presentano livelli elevati di ossitocina, l'ormone principale dell'allattamento. Un allattamento al seno o un'estrazione di latte precoce e frequente sfrutta questi elevati livelli di ossitocina e facilita una prolungata produzione di latte nelle madri di neonati nati a termine o prematuri.



Per favorire l'allattamento esclusivo al seno nei neonati sani nati a termine:

Allattamento al seno nella prima ora

Posizionare fin da subito il neonato a contatto pelle a pelle con la madre è il modo migliore per stimolare la prima poppata ^{7, 8} e promuovere una maggiore durata dell'allattamento al seno.

Allattamento al seno frequente

È consigliabile allattare ogni due o tre ore. Un contatto pelle a pelle costante aiuta le madri a riconoscere i segnali relativi alle prime poppate ^{8, 9}.

Previsione di 3 pannolini sporchi

A partire dal giorno 4, la presenza di tre o più feci giallastre durante le 24 ore successive all'allattamento indica che l'iniziazione ha avuto luogo e la produzione di latte è avviata ⁹.



Per favorire un'alimentazione esclusivamente a base di latte umano nel caso in cui l'allattamento al seno non sia possibile:

Estrazione nella prima ora

Nella prima ora, è importante stimolare il seno utilizzando la tecnologia di iniziazione sviluppata sulla base della ricerca scientifica ^{10, 11, 12, 13}. Ciò favorisce un'iniziazione tempestiva e una produzione di latte a lungo termine.

Estrazione frequente

Con la tecnologia di iniziazione e un'estrazione ripetuta più volte al giorno è possibile produrre volumi di latte sufficienti. Un'estrazione doppia ¹⁴ ogni due-tre ore rappresenta un vantaggio in tal senso ¹⁵.

Previsione di 3 estrazioni da 20 ml cad

Un'estrazione di ≥ 20 ml di latte durante ogni sessione di allattamento per tre volte consecutive indica l'avvenuta iniziazione. A questo punto, è giunto il momento di iniziare a seguire un programma di estrazione specifico ¹⁰.

Bibliografia

1 Cox, D.B. et al. Exp Physiol 84, 421–434 (1999).

2 Hassiotou, F. & Geddes, D. Clin Anat 26, 29–48 (2013).

3 Kulski, J.K. et al. Aust J Exp Biol Med Sci 59, 101–114 (1981).

4 Neville, M.C. et al. Pediatr Clin North Am 48, 35–52 (2001).

5 Neville, M.C. et al. Am J Clin Nutr 48, 1375–1386 (1988).

6 Nommsen-Rivers, L.A. et al. Am J Clin Nutr 92, 574–584 (2010).

7 Christensson, K. et al. Acta Paediatr 81, 488–493 (1992).

8 Salariya, E.M. et al. Lancet 2, 1141–1143 (1978).

9 Lawrence, R.A. & Lawrence, R.M. Elsevier Mosby, (2011).

10 Meier, P.P. et al. J Perinatol 32, 103–110 (2012).

11 Torowicz, D.L. et al. Breastfeed Med 10, 31–37 (2015).

12 Post, E.D. et al. J Perinatol 36, 47–51 (2016).

13 Parker, L.A. et al. Breastfeed Med 10, 84–91 (2015).

14 Prime, D.K. et al. Breastfeed Med 7, 442–447 (2012).

15 Hill, P.D. et al. J Hum Lact 17, 9–13 (2001).