

Scheda di valutazione per la UTIN: una guida basata sull'evidenza per migliorare l'uso del latte umano

Questa scheda di valutazione fornisce un riferimento per le iniziative volte al miglioramento qualitativo, offrendo indicatori basati sull'evidenza che consentono l'autovalutazione delle pratiche di assistenza alla lattazione e relative all'uso di latte materno nell'UTIN.

Il latte della propria madre (OMM, own mother's milk) riduce in maniera significativa le morbilità potenzialmente prevenibili e la mortalità nei neonati prematuri e in altri neonati vulnerabili. Di conseguenza, l'allattamento con il OMM al posto del latte in polvere è una priorità nelle UTIN.¹

Poiché l'allattamento al seno e la nutrizione con latte materno possono presentare difficoltà nelle UTIN, è richiesta una diversa serie di indicatori di prestazione per madre e neonato affinché i neonati possano ricevere il latte umano durante e dopo la degenza ospedaliera.¹⁻⁴

Scheda di valutazione per le madri

Valutare le prestazioni dell'UTIN sulla base dei seguenti indicatori (→)



Decisione informata

- Vengono fornite informazioni standardizzate per le madri in UTIN riguardo al valore del OMM e su come ottenere una produzione di latte adeguata.

Fornendo informazioni coerenti alle famiglie dei neonati in UTIN, si consente loro di prendere una decisione informata e di comprendere il loro percorso alternativo di allattamento al seno.^{3,5}

.....

.....

.....

Tempo della prima estrazione



- I protocolli ospedalieri prevedono l'estrazione entro 1-3 ore dalla nascita.
- Vengono effettuate verifiche regolari dei risultati dell'estrazione.

È importante stimolare il seno nelle prime ore mediante estrazione con tiralatte. Ciò favorisce un'attivazione tempestiva e una produzione di latte a lungo termine.^{1,6-9}

.....

.....

.....

Estrazione frequente



- I protocolli ospedalieri prevedono otto o più sessioni di estrazione nelle 24 ore.
- Viene effettuato un regolare monitoraggio.

Un'estrazione frequente è essenziale per ottenere volumi adeguati.^{1,7,9} L'estrazione doppia (simultanea) ogni 2-3 ore fornisce più latte in minor tempo e favorisce maggiori concentrazioni di prolattina.^{10,11}

.....

.....

.....

Tempo per la "montata latte"



- Vengono tracciati i volumi giornalieri di latte.
- Vengono identificate le madri con attivazione secretoria (montata latte) ritardata (> 72 ore).

Tre estrazioni consecutive con volumi > 20 ml sono un indicatore di montata latte.¹² L'attivazione secretoria ritardata è stata associata a una lattazione abbreviata e suggerisce la necessità di una maggiore assistenza alla lattazione.¹³

.....

.....

.....

Aumento di volume



- I volumi di estrazione delle madri vengono regolarmente registrati e valutati.
- L'aumento di volume (definito come tre giorni consecutivi di volume totale > 500 ml) viene raggiunto entro il giorno 14.
- Viene fornita assistenza alla lattazione dopo l'avvenuto aumento di volume.

L'aumento di volume entro il giorno 14 indica che la produzione di latte si avvia a soddisfare le esigenze a lungo termine del neonato.¹⁵⁻¹⁷ L'assistenza alla lattazione deve continuare anche quando i volumi di estrazione superano i volumi giornalieri di allattamento del neonato.

.....

.....

.....

Scheda di punteggio sui neonati

Valutare le prestazioni dell'UTIN sulla base dei seguenti indicatori (→)

Terapia orale con OMM



- La terapia orale viene regolarmente eseguita come pratica standard fino all'inizio dell'alimentazione orale.

Somministrare regolarmente piccole quantità di OMM all'interno delle guance del neonato è una pratica sicura, ha potenziali benefici per la salute e incoraggia i genitori quando i neonati mostrano di reagire al gusto.^{2,18-19}

.....

.....

.....

Pelle a pelle



- Il contatto pelle a pelle fa parte della politica e della pratica standard.
- La frequenza e la durata vengono tracciate e valutate.

Il contatto pelle a pelle facilita il passaggio all'allattamento diretto al seno, contribuisce a migliorare i volumi di latte ed è associato a una maggiore durata dell'allattamento al seno.^{1,4,14,20}

.....

.....

.....

Dose di OMM



- I registri di alimentazione ospedaliera definiscono la composizione relativa di ogni poppata OMM:DHM (Donor Human Milk):latte in polvere.
- La percentuale di neonati che ricevono il 100% di latte umano (OMM e/o DHM) nei primi 14 giorni viene regolarmente verificata.
- La percentuale di neonati che ricevono > 50 ml/kg/giorno di OMM nei primi 28 giorni viene regolarmente verificata.

Evitando completamente il latte in polvere bovino dal giorno 0 al giorno 14 si riduce l'incidenza di NEC²¹. Una dose elevata di OMM (> 50 ml/kg/giorno) dal giorno 0 al giorno 28 riduce il rischio di sepsi tardiva e altre morbidità.^{2,22-24}

.....

.....

.....

Passaggio all'allattamento diretto al seno



- La suzione non nutritiva e la suzione nutritiva vengono registrate e valutate nell'ambito della pratica standard.
- La valutazione del peso (per la suzione nutritiva) viene utilizzata per valutare il trasferimento di latte.

Queste pratiche favoriscono l'allattamento esclusivo al seno.^{1,4,25} Il monitoraggio dell'allattamento al seno può aiutare i professionisti sanitari a fornire indicazioni e un'assistenza specifica.

.....

.....

.....

Tassi di allattamento al seno



- Allattamento esclusivo al seno e tassi di allattamento con OMM alla dimissione; 2 e 4 settimane post-dimissione; 3 e 6 mesi di età gestazionale corretta vengono valutati.
- La percentuale di neonati con allattamento al seno, o OMM, esclusivo, parziale e assente in ogni punto temporale viene regolarmente registrata.

Una bassa percentuale di allattamento esclusivo al seno o di OMM, in questi punti temporali può indicare un'assistenza alla lattazione non ottimale durante la degenza ospedaliera.²⁶

.....

.....

.....

**Per saperne di più su come sostenere le pratiche di allattamento nelle UTIN,
richiedi al suo referente Medela i seguenti materiali didattici:**

- 1. Punti chiave per le UTIN**
- 2. Revisioni delle ricerche**
- 3. Poster didattici**

Scopra di più su medela.it

Bibliografia

1. Every Premie-SCALE. http://www.everypreemie.org/wp-content/uploads/2017/07/HBM_7.2.17.pdf. 2017.
2. Bigger HR et al. J Perinatol. 2014;34:287-291.
3. Spatz DL. Adv Neonatal Care. 2017;17:417-423.
4. Spatz DL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41:138-143.
5. Edwards TM, Spatz DL. J Perinat Neonat Nurs. 2010;24:246-253.
6. Parker LA et al. FASEB J. 2017;31:650.19.
7. Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18:385-396.
8. Froh EB et al. J Pediatr Nurs. 2015;30:521-523.
9. Meier PP et al. J Perinatol. 2016;36:493-499.
10. Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012;7:442-447.
11. Hill PD et al. J Hum Lact. 2001;17:9-13.
12. Meier PP et al. J Perinatol. 2012;32:103-110.
13. Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010;92:574-584.
14. Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017;44:1-22.
15. Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015;24:160-170.
16. Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017;44:1-22.
17. Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018. Epub ahead of print.
18. Sohn K et al. J Perinatol. 2016;36:106-111.
19. Lee J et al. Pediatrics. 2015;135:e357-e366.
20. Acuña-Muga J et al. J Hum Lact. 2014;30:41-46.
21. Sisk PM. J Perinatol. 2007;27(7):428-33.
22. Patel AL et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2017;102(3):F256-F261.
23. Patel AL. J Perinatol 2013 Jul;33(7):514-9.
24. Patra K et al. Neonatology. 2017;112:330-336.
25. Narayanan I et al. Arch Dis Child. 1991;66:241-244.
26. WHO. 1991. Report No.: WHO/CDD/SER/91.14, Corr.1.