

Ottimizzare l'estrazione del latte

Il raggiungimento di un'adeguata produzione di latte è un percorso che richiede alle madri di avviare, formare e mantenere la propria lattazione. La produzione di latte materno aumenta durante il primo mese di questo percorso.¹

Le seguenti informazioni sono pertinenti se si utilizza un tiralatte **dopo la montata latte** (iniziazione) per formare e mantenere la lattazione.

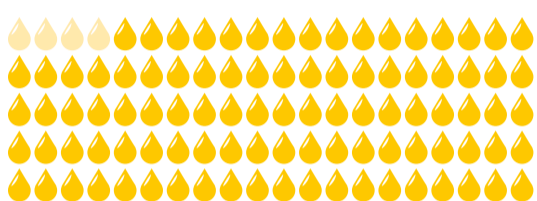


2-Phase Expression

La tecnologia 2-Phase Expression imita il comportamento naturale di suzione del neonato.

Fase di stimolazione

Quando i neonati si attaccano al seno per alimentarsi, iniziano a poppare a un ritmo rapido, così da stimolare il flusso del latte.² Un tiralatte con una fase di stimolazione superiore ai 100 cicli al minuto consente di imitare la suzione del neonato.^{3,4}



Fase di estrazione

Una volta avviato il flusso del latte, i neonati applicano una suzione più lenta.² Impostando il tiralatte sulla fase di estrazione più lenta (~60 cicli/minuto) dopo l'eiezione del latte, si imita questo comportamento del neonato e si supporta l'estrazione del latte.^{4,5}

Solo il 3,9% del volume totale di latte viene rimosso prima che avvenga la prima eiezione di latte. Le eiezioni successive agevolano la rimozione del 96,1% di latte residuo.⁶

- 3,9% durante la fase di stimolazione
- 96,1% durante la fase di estrazione

2-14

eiezioni del latte in 15 min

Ad alcune madri occorrono sessioni di estrazione più lunghe, a causa del numero di eiezioni di latte, che determina quanto spesso e quanto a lungo il latte fluisce.⁷

~15

minuti

L'estrazione deve continuare fino a quando il seno non è ben drenato e morbido e il flusso del latte non si interrompe; una durata prefissata può non essere sempre indicativa.



Estrazione doppia

L'estrazione doppia con la tecnologia 2-Phase Expression è realmente vantaggiosa per le madri.

+1

eiezione del latte

Consente di ottenere un'eiezione di latte aggiuntiva e, pertanto, più latte. Media dell'estrazione doppia 4,4; estrazione singola 3,4.⁸

18%

di latte in più

L'estrazione doppia consente di ottenere in media il 18% di volume di latte in più rispetto all'estrazione singola effettuata da ciascun seno.⁸

8,3%

di contenuto di grassi

Per un latte con un contenuto energetico superiore. Il contenuto di grassi del volume totale estratto è pari all'8,3% rispetto al 7,3% dell'estrazione singola.⁸

2 ore

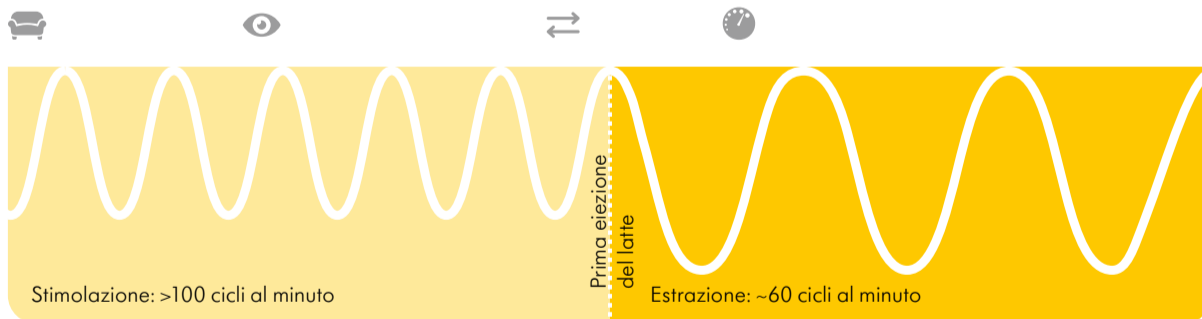
risparmiate

L'estrazione doppia consente di risparmiare fino a 2 ore al giorno rispetto all'estrazione singola, nel caso in cui si usi solamente il tiralatte come metodo di allattamento e lo si usi 8 volte al giorno.



Consigli e suggerimenti

I seguenti consigli possono essere utili per rendere più comoda ed efficiente la sessione di estrazione:



Rilassarsi

Essere rilassate favorisce il flusso del latte. Stress e adrenalina inibiscono l'ossitocina, l'ormone principale responsabile dell'eiezione del latte.⁹



Passare da una fase all'altra

Il passaggio alla fase di estrazione dopo il primo flusso di latte è importante, poiché questa prima eiezione fornisce il ~36% del volume di latte.⁷



Controllare

Molte madri non riescono ad avvertire l'erogazione del latte ed è perciò essenziale provare a farci caso. L'erogazione di latte consiste di fatto nella fuoriuscita dei primi getti di latte.³



Regolare

Per estrarre più latte in meno tempo, le madri devono regolare il vuoto al massimo livello confortevole durante la fase di estrazione.⁶



Un aiuto in più

Alle madri dovrebbe essere insegnata la preziosa abilità dell'estrazione manuale. Massaggiare il seno prima e dopo una sessione di estrazione aiuta ad ammorbidire le zone più dure, a ridistribuire latte e linfa e a stimolare gli ormoni affinché favoriscano il flusso del latte.¹⁰ L'"estrazione manuale", ossia l'utilizzo di tecniche manuali durante l'estrazione, può aiutare a massimizzare i volumi di latte estratti.¹¹

Bibliografia

1 Kent JC et al. Pediatrics. 2006;117:e387-e395.
 2 Mizuno K et al. Pediatr Res. 2006;59:728-731.
 3 Kent JC et al. J Hum Lact. 2003;19:179-186.
 4 Meier PP et al. Breastfeed Med. 2008;3:141-150.

5 Mitoulas L et al. J Hum Lact. 2002;18:353-360.
 6 Kent JC et al. Breastfeed Med. 2008;3:11-19.
 7 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2011;6:183.
 8 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012;7:442-447.

9 Newton M et al. J Pediatr. 1948;33:698-704.
 10 Jones E et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2001;85:F91-F95.
 11 Morton J et al. J Perinatol. 2009;29:757-764.