



INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION



Linee guida cliniche per l'attuazione dell'allattamento al seno esclusivo

Clinical Guidelines
for the Establishment of the
Exclusive Breastfeeding

Giugno 2005



I L C A

INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION

Linee guida cliniche per l'attuazione dell'allattamento al seno esclusivo

**Clinical Guidelines
for the Establishment of the
Exclusive Breastfeeding**

Gruppo di lavoro Revisione - Seconda Edizione

Mary L. Overfield, MN, RN, IBCLC
Lactation Consultant, WakeMed
Chair, Professional Development Committee
International Lactation Consultant Association
Raleigh, North Carolina USA

Carol A. Ryan, MSN, RN, IBCLC
Director, Parenting Services
Perinatal Education & Lactation Services
Georgetown University Hospital
Washington, DC USA

Amy Spangler, MN, RN, IBCLC
Affiliate Faculty, Emory University
Perinatal Education Instructor, Northside Hospital
Atlanta, Georgia USA

Mary Rose Tully, MPH, IBCLC
Adjunct Assistant Professor UNC School of Public Health
Director, Lactation Services
UNC Women's & Children's Hospitals
Chapel Hill, North Carolina USA

Parzialmente finanziato dal Maternal and Child Health Bureau
Health Resources and Services Administration
US Department of Health and Human Services

traduzione italiana per AICPAM
di Annalisa Painsi

si ringraziano per la revisione
Giuliana Raimondi, ostetrica, IBCLC
Enrico Baiocchi, pediatra
Mario Cirulli, pediatra, IBCLC
Maria Ersilia Armeni, pediatra, IBCLC

settembre 2006



Prefazione

L'interesse nel mondo per la salute materno-infantile ha una lunga storia. La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, ratificata nel 1948, afferma che "la maternità e l'infanzia hanno il diritto a cure e ad assistenza speciali."¹⁸² La Convenzione sui Diritti del Fanciullo, ratificata nel 1989,¹⁸¹ garantisce ai bambini il diritto al più alto grado di salute raggiungibile. Altre convenzioni e documenti di consenso internazionali si focalizzano sul ridurre le discriminazioni tra i sessi che potrebbero minacciare la salute, in particolare delle bambine e delle donne. Più recentemente, la comunità mondiale ha dichiarato l'impegno a "creare un ambiente - sia a livello mondiale che nazionale - che conduca verso lo sviluppo e l'eliminazione della povertà."²³⁰ L'allattamento al seno esclusivo per 6 mesi è stato identificato come uno degli interventi con migliore rapporto costo-benefici.

È stato stimato che 4 milioni di bambini sui 130 milioni nati ogni anno muoiono nelle prime quattro settimane di vita - il periodo neonatale.¹⁴⁴ Questo dato rappresenta il 36% delle morti nel mondo nei bambini al di sotto dei cinque anni.

I vantaggi per la salute dati dall'allattamento al seno per madri, bambini e società sono ben documentati.^{1, 6, 9, 10, 36, 51, 99, 133, 138, 180, 250} Come pure lo sono i rischi per la salute e i costi economici associati all'alimentazione artificiale.^{43, 46, 238} I benefici sono ancora più evidenti quando si considera l'impatto di non allattare al seno sulla morbilità e mortalità materno-infantile.

Le organizzazioni mondiali per la salute, le agenzie governative e non-governative e le associazioni professionali sanitarie raccomandano l'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi di vita continuando ad allattare al seno per due anni e oltre come la modalità normale per nutrire i bambini.^{9, 10, 36, 51, 250} Nonostante un generale miglioramento dei tassi di inizio e durata dell'allattamento al seno negli anni '90, meno della metà di tutti i bambini nel mondo sono ora allattati al seno in modo esclusivo fino ai 4 mesi. Sebbene i livelli globali di allattamento al seno prolungato siano relativamente elevati ad un anno d'età (79%), solo la metà dei bambini sono ancora allattati al seno a due anni.

Quindi, gli attuali modelli di allattamento al seno sono lontani dai livelli raccomandati.²²⁹

Molti professionisti della salute ritengono che i bambini allattati al seno nati in Paesi sviluppati differiscano solo marginalmente dai loro pari nutriti con alimentazione artificiale. Questa opinione si riflette sia nell'assenza di una formazione sulla gestione della lattazione nei curricula degli operatori sanitari, sia nella carenza di abilità nella gestione dell'allattamento al seno da parte degli operatori sanitari.^{72, 83, 86, 93, 102, 103, 113, 118, 146, 147, 223}

Nel 1991 l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'UNICEF hanno lanciato l'Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini. *Amico dei Bambini* è un titolo dato agli ospedali o alle maternità che dimostrano di attenersi ai *Dieci passi per un allattamento al seno efficace*.²⁴⁸ I dati mostrano che perché l'allattamento al seno inizi e sia attuato con successo, la maggior parte delle madri hanno bisogno di informazioni e sostegno appropriati da parte dei professionisti della salute.²⁴⁸

Tra i fattori associati con una precoce introduzione dei sostituti del latte materno e l'interruzione dell'allattamento al seno vi sono la mancanza di fiducia nella capacità di allattare al seno, soprattutto nelle madri per la prima volta; la mancanza di sostegno da parte degli operatori sanitari; una varietà di problemi d'allattamento al seno.^{78, 221} Questo documento fa il punto in particolare sull'avvio dell'allattamento al seno esclusivo per i neonati sani e a termine. Vi si affrontano i più comuni problemi che spesso portano alla precoce introduzione dei sostituti del latte materno e ad un precoce svezzamento. Vengono individuate circostanze e situazioni che possono richiedere l'invio ad un professionista specializzato sulla lattazione, ad un consulente professionale per l'allattamento (IBCLC), ad un medico, ad un'ostetrica, ad un'infermiera o ad una dietista con formazione specifica nel sostegno dell'allattamento al seno.

Un primo passo essenziale è la valutazione globale di madre e bambino, e delle conoscenze di base e convinzioni della madre. Prima di applicare un'appropriata strategia clinica è necessario individuare le convinzioni e i malintesi dei genitori. L'allattamento al seno è un comportamento di salute con conseguenze a lungo termine⁹

spesso carico di opinioni personali, sia da parte della famiglia che dell'operatore sanitario. Un primo essenziale elemento da valutare è l'accettazione da parte dell'operatore sanitario che l'allattamento al seno è il modo normale di nutrire i bambini, lo standard rispetto al quale misurare tutti i metodi di alimentazione infantile. Queste strategie sono state elaborate per dare luogo ad una gestione ottimale dell'allattamento al seno e per fornire agli operatori sanitari una chiara comprensione sia dell'arte dell'allattamento al seno che della scienza che vi sta dietro. Numerose stimate associazioni professionali hanno pubblicato documenti orientativi che presentano le evidenze e i motivi per dare alta priorità alle capacità di gestione dell'allattamento al seno e della lattazione umana per gli operatori sanitari.^{1, 6, 9, 10, 36, 51, 99, 133, 138, 180, 250}

Le linee-guida cliniche devono essere basate sull'evidenza scientifica, coerenti, precise e culturalmente appropriate per incidere in modo efficace sull'inizio, la durata e l'esclusività dell'allattamento al seno.^{133, 165, 187, 203}

Come in tutti gli altri settori della sanità, la gestione dell'allattamento al seno è un campo in evoluzione. Perciò le strategie di gestione presentate di seguito riflettono le conoscenze cliniche, formative e scientifiche attuali.

Alcuni aspetti della gestione dell'allattamento al seno non sono sottoposti al controllo e alla randomizzazione tipici dei veri progetti sperimentali, ma si basano sull'esperienza clinica e sulle deduzioni logiche di eventi scientifici conosciuti. I riferimenti scientifici a supporto delle strategie contenute nel presente documento spaziano da ricerche originali a lavori basati su anni di esperienza clinica. La qualità dell'evidenza per ogni riferimento è classificata secondo il modello sviluppato dall'US Preventive Services Task Force (vedi Appendice 1).²²⁷

Queste linee guida cliniche difendono le donne e i bambini, fornendo modelli operativi ai professionisti sanitari cui è affidata la loro salute. Esse riflettono un continuum di approcci di cure che si basano sulla comprensione del fatto che salute e benessere della coppia madre/bambino non dovrebbero essere separati.

La salute materna è il fattore più importante dell'esito neonatale, e un neonato sano rappresenta la migliore promessa per il futuro.

Indice

Esiti attesi per le madri che allattano al seno e i loro bambini.....	6
Strategie di gestione	
1. Favorire l'allattamento al seno entro la prima ora dalla nascita e assicurare un contatto pelle-a-pelle continuo tra madre e neonato fino al termine della prima poppata.....	7
2. Aiutare madre e neonato a trovare una posizione comoda ed un attacco efficace.....	8
3. Tenere insieme madre e neonato durante l'intera degenza post-partum.....	9
4. Insegnare alla madre a riconoscere e rispondere ai primi segnali di fame del neonato e assicurarsi che il piccolo sia nutrito almeno 8 volte nelle 24 ore.....	10
5. Assicurarsi che le madri abbiano compreso la fisiologia della produzione lattea, specialmente il ruolo della rimozione del latte.....	11
6. Assicurarsi che le madri sappiano come svegliare un neonato sonnolento.....	11
7. Evitare l'uso di succhiotti, tettarelle e integrazioni, in assenza di indicazione medica.....	12
8. Osservare e documentare almeno una poppata ogni 8 ore durante l'immediato periodo post-partum.....	13
9. Valutare nella madre e nel bambino i segnali di un allattamento al seno efficace, ed intervenire se il trasferimento di latte non è adeguato.....	14
10. Individuare i fattori di rischio, nella madre e nel neonato, che possono influenzare la capacità della madre o del neonato ad allattare efficacemente, e fornire aiuto e follow-up adeguati.....	15
11. Individuare tutte le controindicazioni all'allattamento al seno, per madre o neonato.....	16
12. In presenza di indicazione medica, somministrare le integrazioni usando un metodo che comprometta il meno possibile il passaggio all'allattamento esclusivo.....	17
13. Assicurarsi che il neonato abbia fissato una visita con un operatore sanitario entro i 5-7 giorni dalla nascita.....	17
14. Fornire materiali didattici appropriati sull'allattamento al seno.....	18
15. Sostenere l'allattamento al seno esclusivo durante ogni malattia o ricovero in ospedale della madre o del bambino.....	18
16. Rispettare il <i>Codice Internazionale di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno</i> e le successive Risoluzioni dell'AMS ad esso pertinenti, ed evitare la distribuzione di campioni di alimenti per l'infanzia e la loro pubblicità.....	18
17. Far partecipi tutti i membri della famiglia, o altre persone significative, alla cultura dell'allattamento al seno.....	18
18. Fornire consigli preventivi per affrontare i più comuni problemi che possono interferire con l'allattamento al seno esclusivo.....	19
19. Assicurarsi che le madri comprendano quali sono i normali comportamenti del neonato allattato al seno, e che abbiano aspettative realistiche riguardo alla cura del neonato e all'allattamento al seno.....	21
20. Esaminare i vari metodi contraccettivi ed il loro possibile effetto sulla produzione di latte.....	22
Appendice 1. Criteri di valutazione per la qualità delle Evidenze Scientifiche.....	23
Appendice 2. Gruppo dei Revisori.....	23
Bibliografia.....	24

Esiti attesi per le madri che allattano al seno e i loro neonati

I neonati sani, a termine allattati al seno devono:

- perdere non più del 7% del peso alla nascita^{14, 149, 152, 155, 164, 201, 209, 224, 255}
- recuperare il peso della nascita dal 10° giorno di vita^{152, 209}
- evacuare almeno 3 volte al giorno dopo il 1° giorno*; con variazioni nel colore delle feci con il passare dei giorni (la prima scarica avviene generalmente entro 8 ore dalla nascita)^{167, 255}
- bagnare almeno 6 pannolini al giorno a partire dal 4° giorno, con urine chiare o giallo chiaro (la prima minzione avviene generalmente entro 8 ore dalla nascita)^{167, 178, 255}
- essere allattati a richiesta, in media 8 volte al giorno^{34, 60, 252}
- aumentare di peso con un ritmo appropriato all'età (circa 20-35 grammi in 24 ore dal 5° giorno)^{68, 69, 88}
- essere allattati al seno in modo esclusivo per i primi sei mesi^{9, 136, 137, 158, 179, 183, 233}

* Le prime 24 ore dalla nascita rappresentano il 1° giorno.

Le madri dei neonati sani, nati a termine allattati al seno devono:

- individuare e rispondere adeguatamente ai primi segnali di fame del neonato¹⁵⁶
- riuscire a trovare una posizione comoda e a realizzare un attacco efficace^{24, 80, 175, 255}
- riconoscere i segni di un allattamento al seno efficace^{193, 210}
- mostrare di avere conoscenze adeguate riguardo all'allattamento al seno e capacità nella sua gestione²¹⁹
- individuare le risorse disponibili riguardo all'allattamento al seno^{140, 202, 216}
- allattare al seno durante il primo anno di vita e anche oltre, se lo desiderano⁹
- allattare al seno in modo esclusivo per i primi sei mesi^{136, 137, 158, 179, 183, 233}

Strategia di gestione

1

Favorire l'allattamento al seno entro la prima ora dalla nascita e assicurare un contatto pelle-a-pelle continuo tra madre e neonato fino al termine della prima poppata.

- Evitare le procedure di routine fino al termine della prima poppata

Basi scientifiche e Riferimenti

L'inizio dell'allattamento entro la prima ora e il contatto pelle-a-pelle continuo sono associati a:

- un più rapido instaurarsi di suzione e comportamenti alimentari efficaci^{195, 240, 257}
- rafforzamento della relazione madre-bambino^{161, 189, 194, 239, 241}
- migliore controllo della temperatura neonatale^{18, 35, 48}
- migliore stabilizzazione metabolica neonatale^{18, 48}
- migliore controllo glicemico neonatale^{243, 254}
- aumento del numero delle evacuazioni e minore rischio di ittero neonatale^{20, 205, 208, 252}
- maggiore durata dell'allattamento al seno^{61, 168, 239, 252}
- rilascio di ossitocina nella madre dopo il parto, che può influenzare in maniera significativa la contrazione uterina, l'emissione del latte e l'interazione madre-bambino¹⁶¹
- maggiore capacità da parte del neonato di organizzare il suo stato e di modulare il sistema motorio⁸¹

Le procedure di routine, come la somministrazione profilattica della vitamina K e dell'eritromicina interrompono l'interazione madre-neonato e ritardano l'allattamento al seno^{15, 132, 195, 241}

Qualità dell'Evidenza

Righard II-3,
Widstrom II-2,
Zetterstrom III

Matthiesen II-3,
Prodromidis II-2,
Renfrew III,
Wiberg II-2,
Widstrom II-2

Bergman I,
Bystrova I,
Christensson I

Bergman I,
Christensson I

Williams III,
Yaumachi II-2

Bertini II-3,
Salariya II-2,
Semmekrot III,
Yaumachi II-2

de Chateau II-2,
Mikiel-Kostyra II-2,
Wiberg II-2,
Yamauchi II-2

Matthiesen II-3

Ferber I

Awi II-2,
Klaus III,
Righard II-3,
Widstrom II-2

Strategia di gestione

2

Aiutare madre e neonato a trovare una posizione comoda ed un attacco efficace

Osservare il neonato per evidenziare i segnali di un posizionamento efficace:

- neonato ben sostenuto e posizionato al livello del seno materno (attacco guidato dalla madre)
- neonato ben sostenuto e posizionato tra i seni della madre (attacco guidato dal bambino)

Osservare nel neonato i segnali di un attacco efficace:

- bocca spalancata
- labbra estroflesse
- mento che tocca il seno
- attacco asimmetrico (è visibile più areola sopra la bocca del bambino)

Osservare il neonato per evidenziare i segnali del trasferimento di latte:

- mantiene una modalità ritmica di suzione/deglutizione/respiro con pause periodiche
- deglutizione udibile
- mani e braccia rilassate
- bocca umida

Osservare la madre per evidenziare i segnali del trasferimento di latte:

- ammorbidimento del seno durante la poppata
- rilassamento o sonnolenza
- sete
- contrazioni uterine o aumento delle lochiazioni durante o dopo la poppata
- perdite di latte dal seno opposto durante la poppata
- capezzolo allungato ma non schiacciato o abraso dopo la poppata

Basi scientifiche e Riferimenti

Ci sono prove chiare dell'efficacia del sostegno professionale sulla durata di ogni allattamento al seno, anche se non è certa la forza di questo effetto sul tasso di allattamento al seno esclusivo.²¹³

Il trasferimento di latte avviene in presenza di posizionamento e attacco adeguati. La posizione che favorisce meglio un attacco efficace può variare fra madri e neonati.^{104, 173, 196}

Posizionamento e attacco efficaci riducono al minimo i traumi e la sensibilità dei capezzoli.^{104, 120}

Una tecnica d'allattamento al seno efficace aumenta la durata dell'allattamento al seno.^{41, 120, 196}

Qualità dell'Evidenza

Sikorski III

Henderson I, Morton III, Righard II-2

Henderson I, Ingram II-2

Cernadas II-3, Ingram II-2, Righard II-2

Strategia di gestione

3

Tenere insieme madre e neonato durante l'intera degenza post-partum

- Eseguire esami e test di routine neonatali mentre il neonato è nella stessa stanza della madre, nelle sue braccia, o al seno.

Basi scientifiche e Riferimenti

Il *rooming-in* favorisce l'allattamento al seno.^{33, 40, 148, 186, 253}

La frequenza dell'allattamento al seno è più alta e l'integrazione con latte artificiale risulta inferiore quando madre e neonato sono nella stessa stanza.^{84, 252, 253}

Non è sempre vero che le madri riescono a dormire di più quando il neonato viene portato al nido di notte.¹²⁸

Le pratiche e le regole dell'ospedale influenzano l'attuazione di un efficace allattamento al seno.^{15, 30, 187, 218, 241, 248}

Esiste una netta e chiara associazione tra allattamento al seno alla nascita ed a tre mesi di vita quando madre e bambino dormono insieme.^{25, 191}

Il contatto pelle-a-pelle e l'allattamento al seno forniscono analgesia durante le procedure dolorose.^{37, 91, 92}

Qualità dell'Evidenza

Buranasin II-3,
Centouri II-2,
Lindengerg II-2,
Perez-Escamilla I,
Yaumachi II-1

Flores-Huerta II-1,
Yaumachi II-1,
Yaumachi II-1

Keefe II-2

Awi II-2,
Braun II-2,
Phillip II-3,
Strembel II-3,
Widstrom II-2,
WHO III

Blair II-2,
Quillin II-3

Carbajal I,
Gray I,
Gray I

Strategia di gestione

4

Insegnare alla madre a riconoscere e rispondere ai primi segnali di fame del neonato e assicurarsi che il piccolo si alimenti al seno almeno 8 volte nelle 24 ore

I primi segnali di fame del bambino possono essere:

- movimenti di suzione
- rumori di suzione
- portarsi le mani alla bocca
- movimenti veloci degli occhi
- tenui vagiti o sospiri
- irrequietezza

Il pianto è un segnale tardivo di fame, e può interferire con un allattamento al seno efficace.

Basi scientifiche e Riferimenti

L'allattamento al seno in risposta ai primi segnali di fame (rispetto all'alimentazione a orario):

- aiuta a prevenire l'ingorgo mammario patologico¹⁹³
- diminuisce l'incidenza di irritazione ai capezzoli¹⁹³
- assicura che la produzione latte materna rifletta l'appetito del suo bambino⁵⁶⁻⁵⁸
- riflette il fatto che esiste un'ampia gamma di modalità tra neonati allattati al seno in modo esclusivo¹¹⁰
- riduce l'incidenza dell'ittero^{20, 153, 206, 208}
- stabilizza il tasso glicemico nel neonato^{4, 63, 73, 79, 254}
- riduce l'iniziale calo ponderale ed aumenta il ritmo del recupero ponderale²⁰⁸
- accelera l'inizio della produzione di latte maturo^{117, 231, 252}
- aumenta la durata dell'allattamento al seno^{9, 110, 139, 193}

Così come si osserva la poppata in corso, vanno osservate le prime fasi del comportamento di ricerca del seno da parte del neonato.²⁴

Rispondere ai primi segnali di fame favorisce l'efficacia di attacco e suzione, che successivamente rafforza l'interesse materno ad allattare il bambino.^{156, 241}

Qualità dell'Evidenza

Renfrew II-2

Renfrew II-2

Daly III,
Daly III,
Daly III

Hornell II-2

Bertini II-3,
Maisels I,
Salariya II-2,
Semmekrot III

Adejuyigbe II-2,
de Rooy II-2,
Diwakar II-2,
Eidelman III,
Yamauchi II-2

Semmekrot III

Humenick II-3,
Uvnas-Moberg II-2,
Yamauchi II-2

AAP III,
Hornell II-2,
Kurinj II-2,
Renfrew II-2

Blair II-2

Marchini II-3,
Widstrom II-2

Strategia di gestione

5

Assicurarsi che le madri abbiano compreso la fisiologia della produzione latte, specialmente il ruolo della rimozione del latte

Per favorire la produzione di latte:

- allattare al seno quando il neonato mostra i primi segnali di fame o approssimativamente ogni 1-3 ore
- allattare al seno da una mammella finché il bambino sembra soddisfatto (in media per 15-20 minuti) prima di offrire l'altra

NOTA: Alcuni neonati sono soddisfatti con una mammella, mentre altri prenderanno il latte ad entrambe le mammelle ad ogni poppata.

Strategia di gestione

6

Assicurarsi che le madri sappiano come svegliare un bambino sonnolento

- Svegliarlo quando mostra i primi segni di fame (vedi la Strategia di gestione #4) o almeno 8 volte nelle 24 ore.

Le strategie per svegliare il neonato sono:

- togliere tutte le coperte
- cambiargli il pannolino
- mettere il neonato a contatto pelle-a-pelle
- massaggiargli schiena, addome, braccia e gambe

Basi scientifiche e Riferimenti

La velocità della sintesi lattea è associata alla completa rimozione del latte, in assenza di un meccanismo di feedback inibitorio.^{55, 58, 185}

La frequenza di rimozione del latte può non influenzare direttamente la quantità di latte prodotto; la frequenza delle poppate può essere associata alla capacità di immagazzinamento della madre.⁵⁶

Il tempo totale di allattamento al seno è direttamente proporzionale all'assunzione di latte da parte del neonato e al suo peso a 3 mesi di vita.⁶⁷

I bambini il cui latte materno ha un più basso contenuto di grassi popperanno più a lungo per ottenere sufficienti calorie.^{226, 246}

Basi scientifiche e Riferimenti

I neonati hanno vari stati: sonno profondo, sonno leggero, sonnolenza, veglia, allerta, agitazione e pianto. È più facile iniziare le poppate quando il neonato è nello stato di sonnolenza, veglia o allerta.^{29, 32}

Alcuni neonati si addormentano per far fronte al disagio, all'iper-stimolazione o alla fame.³¹

Qualità dell'Evidenza

Cregan II-3, Daly III, Peaker III

Daly III

Dewey II-1

Tyson I, Woolridge II-2

Qualità dell'Evidenza

Brandt III, Brazelton III

Brazelton III

Strategia di gestione

7

Evitare l'uso di succhiotti, tettarelle e integrazioni, in assenza di indicazione medica

Basi scientifiche e Riferimenti

Il latte materno fornisce tutti i liquidi e i nutrienti necessari per la crescita ottimale del bambino.^{136, 137, 158, 233}

Una maggiore durata dell'allattamento al seno esclusivo è associata in modo significativo ad atteggiamenti positivi della madre verso l'allattamento al seno, ad un adeguato sostegno da parte della famiglia, ad un buon legame (*bonding*) madre-bambino, ad un'appropriata tecnica di suzione e ad assenza di problemi ai capezzoli.⁴¹

I neonati sani hanno la capacità di produrre energia alternativa quando i valori glicemici sono bassi. Le integrazioni di routine con formula non dovrebbero essere consigliate.⁶³

Non è necessario somministrare acqua in aggiunta al latte materno, nemmeno nei climi caldi.^{13, 204}

Un precoce uso di integrazioni o succhiotti è associato con l'aumento del rischio di uno svezzamento [interruzione dell'allattamento al seno] precoce.^{17, 26, 39, 106, 114, 134, 139, 157, 197, 228, 234}

L'effetto delle integrazioni sulla frequenza e durata dell'allattamento al seno rimane controverso.^{114, 207}

Qualità dell'Evidenza

Kramer I,
Kramer III,
Marques II-2,
van't Hof II-2

Cernadas II-3

de Rooy II-2

Ashraf II-2,
Sachdev I

Barros II-2,
Blomquist II-2,
Casiday II-2,
Hill II-2,
Howard II-2,
Kramer I,
Kurinić II-2,
Marques II-2,
Righard II-2,
Ullah II-2,
Victoria II-2

Howard I,
Schubiger I

Strategia di gestione

8

Osservare e documentare almeno una poppata ogni 8 ore durante l'immediato periodo post-partum

Documentare i punti seguenti per valutare se l'attacco è efficace:

- comodità della madre
- condizioni di mammelle e capezzoli
- forma del capezzolo appena il bambino si stacca dal seno
- segni di trasferimento di latte
- numero di poppate
- numero di minzioni
- numero e caratteristiche delle evacuazioni
- incremento/calcolo ponderale giornaliero

Basi scientifiche e Riferimenti

L'osservazione diretta è una componente essenziale della valutazione dell'allattamento al seno. La valutazione è un pre-requisito per intervenire, e dà l'opportunità di rinforzare positivamente e rassicurare.^{97, 160, 198}

Qualità dell'Evidenza

Hall II-2,
Matthews III,
Riordan II-2

Valutare nella madre e nel bambino i segnali di un allattamento al seno efficace, ed intervenire se il trasferimento di latte non è adeguato

I segni di allattamento al seno efficace nel neonato sono:

- calo ponderale inferiore al 7%
- almeno 3 evacuazioni al giorno dopo il 1° giorno . (Il 1° giorno sono le prime 24 ore dalla nascita.)
- scariche gialle e grumose dal 5° giorno
- almeno 6 minzioni al giorno dal 4° giorno, con urina chiara o giallo chiaro
- è soddisfatto e contento dopo le poppate
- suoni di deglutizione durante la poppata
- assenza di calo ponderale dopo il 3° giorno
- incremento ponderale dal 5° giorno
- recupero del peso alla nascita dal 10° giorno

I segni di allattamento efficace nella madre sono:

- aumento evidente di consistenza, peso e dimensione delle mammelle, ed incremento evidente della quantità e qualità del latte dal 5° giorno
- i capezzoli non mostrano segni di lesione
- la poppata toglie la sensazione di pienezza delle mammelle

Se entro le prime 12 ore non si osserva un allattamento efficace, segnalato dal trasferimento di latte:

- ri-valutare le tecniche di allattamento (vedi Strategia di gestione #2)
- iniziare a spremere il latte, manualmente o con un tiralatte
- in presenza di indicazione medica, iniziare a somministrare una integrazione (vedi Strategia di gestione #12)
- rimandare la dimissione dall'ospedale finché non osservate un allattamento al seno efficace
- inviare ad un operatore sanitario con esperienza in allattamento, come una Consulente Professionale (IBCLC), un medico, un'ostetrica, un'infermiera, o una dietista
- coordinare l'assistenza con il pediatra

Nonostante un singolo segno possa non indicare che l'allattamento al seno è inefficace, sono consigliabili approfondimenti ulteriori e follow-up.¹⁷⁴

I neonati sani a termine:

- perdono meno del 7% del peso alla nascita nei primi 3 giorni^{14, 152, 155, 164, 201, 209, 255}
- crescono circa 20-35 grammi al giorno a partire dal 5° giorno^{68, 135}
- riacquistano il peso alla nascita dal 10° giorno^{152, 209}

La mancanza di evacuazioni nei neonati allattati al seno è un indicatore chiave di una inadeguata assunzione calorica.^{167, 178, 209, 255}

Il calo ponderale oltre la 3ª giornata di vita è nettamente correlato con uno svezzamento [interruzione dell'allattamento al seno] prematuro.^{152, 164}

La durata dell'allattamento al seno aumenta in presenza di un sostegno e una valutazione continua, oltre ad interventi adeguati.^{9, 64, 140, 212, 213}

I neonati allattati al seno in modo esclusivo hanno adeguate riserve di glucosio, e non corrono il rischio di ipoglicemia nelle prime 48 ore di vita.⁴

La velocità di sintesi del latte è maggiore quando il seno viene drenato bene.⁵⁵

Dal punto di vista medico l'integrazione è raramente indicata, ma se la madre o il neonato non possono praticare l'allattamento al seno è necessario individuare un altro metodo di alimentazione.^{2, 26, 137, 251}

Neifert III

Avoa II-2,
Macdonald II-2,
Marchini II-3,
Merlob II-2,
Rodriguez II-2,
Shrago II-2,
Yaseen II-2

Dewey II-1,
Kramer I

Macdonald II-2,
Shrago II-2

Metaj II-3,
Nyhan II-1,
Shrago II-2,
Yaseen II-2

Macdonald II-2,
Merlob II-2

Dennis I,
AAP III,
Labarere I,
Sikorski II-1,
Sikorski II-1

Adejuyigbe II-2

Cregan II-3

AAP III,
Blomquist II-2,
Kramer I,
WHO III

Individuare i fattori di rischio, nella madre e nel neonato, che possono influenzare la capacità di madre o neonato nell'allattare efficacemente, e fornire aiuto e follow-up adeguati.

I fattori di rischio nel neonato sono - ma non si limitano a - :

- interventi e/o traumi alla nascita
- meno di 38 settimane di gestazione
- incostante capacità di mantenere un attacco efficace
- suzione inefficace
- sonnolenza o irritabilità persistenti
- lunghi intervalli tra le poppate
- iper-bilirubinemia o ipoglicemia
- piccolo (SGA) o grosso (LGA) per l'età gestazionale o con ritardo intrauterino di crescita (IUGR)
- frenulo corto
- parto multiplo
- deficit neuromotori
- anomalie cromosomiche, ad esempio sindrome di Down
- anomalie orali, ad esempio labio-palato-schisi
- malattie acute o croniche, ad esempio cardiopatia
- uso del succhiotto o della tettarella del biberon

I fattori di rischio nella madre sono - ma non si limitano a - :

- precedenti difficoltà nell'allattamento al seno
- parto operativo
- separazione dal neonato
- assenza di modificazioni del seno durante la gravidanza
- capezzoli danneggiati, feriti o sanguinanti
- seno turgido non drenato o ingorgo
- dolore al seno persistente
- sensazione della madre di non avere latte a sufficienza
- malattie acute o croniche
- uso di farmaci
- anomalie del seno o dei capezzoli
- interventi chirurgici o traumi al seno
- alterazioni ormonali, ad esempio sindrome dell'ovaio policistico

I fattori di rischio possono segnalare che c'è bisogno di un sostegno in più, ma raramente sono controindicazioni all'allattamento al seno.¹⁴⁵

Quando vengono identificati i fattori di rischio, l'intervento appropriato e tempestivo può ridurre la probabilità di uno svezzamento [interruzione dell'allattamento al seno] precoce.¹⁵⁰

È possibile individuare in anticipo i piccoli a rischio di allattamento al seno di breve durata, in base al loro comportamento di suzione al seno nel primo periodo neonatale.¹⁶⁹

La capacità del neonato di essere allattato al seno efficacemente può essere influenzata da fattori di rischio potenzialmente modificabili.^{16, 70, 166}

Alcuni eventi nel periodo perinatale sono predittivi del fatto che la madre smetterà di allattare al seno dopo 7-10 giorni dal parto, se non riceve assistenza extra.⁹⁷

La maggior parte dei problemi e delle preoccupazioni riguardo all'allattamento al seno possono essere trattati con la terapia e il sostegno.^{27, 52, 89, 108, 109, 215}

L'autostima della madre nella propria capacità di allattare efficacemente è un indicatore significativo della durata dell'allattamento al seno.²⁷

Gli operatori sanitari hanno la responsabilità di incoraggiare le donne ad allattare al seno tutti i loro figli, indipendentemente dalla loro precedente esperienza.¹¹⁹

Continuano ad esserci segnalazioni di insufficiente produzione di latte. Una possibile causa può essere la sindrome dell'ovaio policistico.¹⁵⁴

Lawrence III

Loughlin II-2

Mizuno II-2

Ballard II-2,
Dewey II-2,
Messner II-2

Hall II-3

Cooke II-3,
Giugliani II-2,
Hill II-3,
Hillervik-Lindquist II-2,
Souto II-2

Blyth II-3

Ingram II-3

Marasco III

Individuare ogni controindicazione all'allattamento al seno, di madre e neonato**Le controindicazioni nella madre sono:**

- sieropositività per HIV (purché disponibili quantità sicure e sufficienti di sostituti del latte materno)
- sieropositività nei confronti dell'HTLV-1
- abuso di sostanze stupefacenti
- chemioterapia
- terapia con isotopi radioattivi (interrompere l'allattamento al seno solo finché l'isotopo non è stato eliminato dall'organismo materno)
- tubercolosi in forma attiva (se è infetta solo la madre, isolarla finché non si inizia la terapia e lei non sia più contagiosa; il piccolo può essere alimentato con latte spremuto della madre; se sono infetti sia la madre che il bambino, isolarli insieme)
- varicella in atto (se l'eruzione cutanea nella madre si sviluppa entro 5 giorni prima o 2 giorni dopo il parto, isolare la madre finché non è più contagiosa; il latte spremuto della madre può essere somministrato al piccolo; se sono infetti sia la madre che il bambino, isolarli insieme)
- lesione/i da herpes in atto sul seno (allattare dal seno non colpito o interrompere l'allattamento solo finché la/e lesione/i non guariscono)
- malattia di Chagas, causata da un parassita del Sud America (interrompere l'allattamento al seno solo durante la fase acuta; il latte materno spremuto pastorizzato può essere somministrato al bambino)

Le controindicazioni nel neonato sono:

- galattosemia

Nota: Alcune condizioni sono erroneamente identificate come controindicazioni. Esse sono:

- febbre della madre, in assenza di una delle controindicazioni elencate sopra
- infezione da epatite B o C
- esposizione a un basso livello di contaminanti ambientali
- uso di alcool (consigliare alle madri di limitarsi a bere occasionalmente)
- uso di tabacco (consigliare alle madri di smettere di fumare o, se non ci riescono, di fare ogni sforzo per evitare di esporre il bambino al fumo passivo)
- infezione da citomegalovirus (CMV)

Mentre l'allattamento al seno è raramente controindicato, ci possono essere delle situazioni in cui i rischi potenziali superano i benefici.^{7, 145}

L'HIV può essere trasmesso attraverso il latte materno. Il ruolo relativo dell'allattamento al seno nell'epidemiologia dell'infezione da HIV è ancora incerto. Finché non saranno disponibili maggiori informazioni, le donne infette da HIV dovrebbero essere incoraggiate a non allattare al seno purché disponibili quantità sicure e sufficienti di latte in formula.^{22, 54}

Il latte delle donne HIV positive può essere pastorizzato e somministrato ai loro bambini.¹²⁴⁻¹²⁶

HTLV-1 può essere trasmesso attraverso il latte materno. Tuttavia, la surgelazione può eliminare il virus HTLV-1 dal latte materno. Questo procedimento permette alle madri HTLV-1 positive di usare il latte trattato per alimentare i propri bambini.^{12, 38}

La maggior parte dei farmaci sono compatibili con l'allattamento al seno. Importanti eccezioni sono i farmaci antineoplastici, i radiofarmaci e le sostanze stupefacenti.^{11, 45, 96}

I soggetti con tubercolosi in fase attiva rimangono contagiosi per almeno due settimane dopo l'inizio della terapia farmacologica.¹⁶³

La pastorizzazione previene la trasmissione della malattia di Chagas e permette ai bambini di madri affette di essere alimentati con il latte materno.^{23, 82}

La galattosemia è caratterizzata dall'incapacità a metabolizzare il galattosio, il principale zucchero nel latte materno.⁴⁷

Le raccomandazioni riguardo ad un'adeguata risposta alla presenza di contaminanti ambientali nel latte materno devono considerare attentamente i rischi e i benefici per la salute associati sia all'allattamento al seno che all'alimentazione artificiale.^{19, 90, 142}

L'alcool (birra, vino, liquori) passa facilmente nel latte umano. Mentre un uso occasionale è da considerarsi sicuro, sono necessari studi ulteriori per determinare il livello minimo di alcool necessario a provocare esiti sfavorevoli nelle madri e nei bambini allattati al seno.^{59, 162}

Il fumo materno è associato ad una minore durata dell'allattamento al seno, sia esclusivo che totale.^{111, 244}

I neonati prematuri VLBW sono a maggior rischio di infezione sintomatica da CMV. La pastorizzazione del latte materno può ridurre la carica virale.^{98, 256}

AAP III,
Lawrence III

Bertolli III,
Coutsoudis II-1

Jeffery II-3,
Jeffery II-3,
Jeffery II-3

Ando II-3,
Carles II-3

Anderson III,
Chaves III,
Hale III

Menzies III

Bittencourt III,
Ferreira III

Chen III

Berlin III,
Grandjean II-2,
LaKind III

de Araujo Burgos III,
Mennella II-2

Horta II-2,
Wojdan-Godek II-2

Hamprecht II-3,
Yasuda II-3

Strategia di gestione

12

In presenza di indicazione medica, somministrare le integrazioni usando un metodo che comprometta il meno possibile il passaggio all'allattamento al seno esclusivo

Linee-guida per le integrazioni:

- usare per primo il latte della propria madre
- pastorizzare il latte della madre, se la madre è HIV positiva
- latte pastorizzato donato è la successiva migliore alternativa al latte della propria madre
- un sostituto del latte materno (formula) è l'ultima scelta
- rassicurare la madre che il suo bambino trarrà vantaggio da qualunque quantità di latte che lei potrà fornirgli
- la scelta di un sostituto del latte materno dovrebbe tenere conto della anamnesi familiare di allergia

Strategia di gestione

13

Assicurarsi che il neonato abbia fissato una visita con un operatore sanitario entro i 5-7 giorni dalla nascita

Fissare ulteriori visite programmate secondo necessità fino all'attuazione di incremento ponderale costante.

Individuare all'interno della comunità le risorse di sostegno per l'allattamento al seno, quali

- Consulenti Professionali in Allattamento (IBCLC)
- operatori sanitari del territorio o personale formato per dare sostegno all'allattamento al seno che esegue visite a domicilio
- staff ospedaliero per l'allattamento al seno
- staff del distretto sanitario
- gruppi di volontariato a sostegno dell'allattamento al seno
- *peer counselors* [consulenti tra pari, da mamma a mamma] sull'allattamento
- numeri telefonici per consigli sull'allattamento
- negozi che noleggiavano o vendono tiralatte

Basi scientifiche e Riferimenti

L'offerta di una alimentazione aggiuntiva al seno permetterà alla madre di essere stimolata dalla suzione e diminuirà il tempo richiesto per la poppata.^{77, 85}

Metodi aggiuntivi di offerta di alimentazione sono il bicchierino, il cucchiaino, il contagocce o il biberon.^{114, 143}

L'uso dell'alimentazione con bicchierino richiede addestramento e abilità.^{75, 114}

L'allattamento al seno esclusivo o l'alimentazione con formule a base di idrolisati parziali delle proteine del latte vaccino sono associati ad una minore incidenza di atopia e di allergia alimentare. L'effetto sembra anche più evidente nei bambini con eredità atopica.^{8, 42, 100, 232}

Basi scientifiche e Riferimenti

Il peso del bambino e gli altri segni clinici che indicano che l'allattamento al seno è efficace richiedono una valutazione nel tempo.^{3, 9}

Il sostegno all'allattamento esperto e competente aumenta i tassi di avvio, durata ed esclusività dell'allattamento al seno.^{5, 44, 62, 65, 66, 95, 131, 140, 172, 212, 213, 235}

Le informazioni incoerenti o imprecise date dagli operatori sanitari contribuiscono a creare confusione nella madre e portano ad uno svezzamento [interruzione dell'allattamento al seno] precoce.⁸⁷

L'atteggiamento degli operatori sanitari può influenzare la durata dell'allattamento al seno.⁷²

L'incoraggiamento fornito dagli operatori aumenta significativamente l'avvio dell'allattamento al seno tra le donne americane di ogni provenienza sociale ed etnica.^{151, 221, 223}

Le segnalazioni materne sui consigli riguardo l'allattamento al seno ricevuti durante le visite di routine pre-parto evidenziano aree in cui possono verificarsi interruzioni di comunicazione involontarie, comprese quelle specifiche sulla durata dell'allattamento al seno.^{127, 222}

Qualità dell'Evidenza

Edgehouse III, Frantz III

Howard I, Lang III

Dowling II-2, Howard I

AAP III, Chandra I, Hanson II-2, van Odijk II-2

Qualità dell'Evidenza

ABM III, AAP III

Albernaz II-1, Chapman I, Dennis II-2, Dennis I, de Oliveira III, Haider I, Kistin I, Labarere I, Morrow I, Sikorski II-1, Sikorski II-1, Vittoz II-3

Freed II-3

DiGirolamo II-3

Lu II-2, Taveras II-2, Taveras II-2

Johnston I, Taveras II-2

Strategia di gestione

14

Fornire materiali didattici appropriati sull'allattamento al seno

I materiali appropriati sono:

- accurati dal punto di vista clinico
- coerenti
- positivi
- adeguati al livello del lettore
- culturalmente sensibili
- privi di pubblicità commerciali
- rispettosi del *Codice Internazionale di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno* e delle successive Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità

Basi scientifiche e Riferimenti

I programmi educativi sono l'intervento singolo più efficace per migliorare l'avvio e la durata dell'allattamento al seno.⁹⁴

La prevalenza, e i fattori che influenzano la decisione di allattare al seno, differiscono in base alla razza e all'etnia tra le madri adolescenti.²⁴²

Individuare particolari madri e membri del loro sistema di sostegno, formarle prima e durante la gravidanza, ed insistere sui vantaggi dell'allattamento al seno eliminando la errata informazione, possono essere strategie di intervento importanti per la promozione dell'allattamento al seno.²¹

Un'analisi dei materiali didattici stampati sull'allattamento al seno rivela la preoccupante presenza di messaggi negativi sull'allattamento stesso.²³⁶

I materiali che contengono pubblicità commerciali spesso trasmettono messaggi subdoli e nocivi, rinforzano gli stereotipi, e/o contraddicono i messaggi verbali.²³⁷

L'esposizione a materiali che pubblicizzano il latte artificiale aumenta in maniera significativa l'interruzione dell'allattamento nelle prime 2 settimane. Inoltre, nelle donne che non hanno degli obiettivi definiti, o che non hanno l'obiettivo di allattare al seno 12 settimane o meno, il periodo di allattamento al seno esclusivo e la durata globale dell'allattamento al seno sono abbreviati.¹¹²

Qualità dell'Evidenza

Guise II-2

Wiemann II-3

Bertini II-3

Vnuk III

Walker III

Howard I

Strategia di gestione

15

Sostenere l'allattamento al seno esclusivo durante ogni malattia o ricovero in ospedale della madre o del bambino

Basi scientifiche e Riferimenti

Continuare ad allattare al seno durante malattie od ospedalizzazione è importante per il benessere sia della madre che del bambino.^{9,115}

Qualità dell'Evidenza

AAP III,
Howard II-2

Strategia di gestione

16

Rispettare il *Codice Internazionale di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno* e le successive Risoluzioni dell'AMS ad esso pertinenti, ed evitare la distribuzione di campioni di alimenti per l'infanzia e la loro pubblicità

Basi scientifiche e Riferimenti

La distribuzione di prodotti per l'alimentazione infantile riduce la durata dell'allattamento al seno.^{112, 237, 247}

La distribuzione dei pacchi con omaggi commerciali alla dimissione dall'ospedale riduce la durata dell'allattamento al seno esclusivo in tutte le popolazioni.⁷⁴

Qualità dell'Evidenza

Howard I,
Walker III,
WHA III

Donnelly III

Strategia di gestione

17

Far partecipi i membri della famiglia, o altre persone significative, alla cultura dell'allattamento al seno

Basi scientifiche e Riferimenti

Il sostegno dei famigliari e di altre persone significative aumenta la durata dell'allattamento al seno.^{122, 213, 245}

Qualità dell'Evidenza

Ingram II-2,
Sikorski II-1,
Wolfberg I

Fornire consigli preventivi per affrontare i più comuni problemi che possono interferire con l'allattamento al seno esclusivo

Dolore ai capezzoli:

- molte madri segnalano un leggero fastidio all'inizio della poppata, quando il neonato si attacca al seno
- tutti i tipi di dolore dovrebbero essere valutati
- il dolore è spesso la conseguenza di posizionamento ed attacco inefficaci
- considerare altre cause, come infezioni batteriche o micotiche

Ingorgo (distinto dalla normale pienezza):

- la normale pienezza è alleviata da poppate frequenti ed efficaci
- l'ingorgo si verifica in alcune madri circa 3-5 giorni dopo il parto (le mammelle possono essere dolenti e gonfie)
- il gonfiore che non trova sollievo (ingorgo) richiede il trattamento
- indirizzare il trattamento verso misure che riducono l'edema e alleviano il dolore, tra cui massaggio del seno, spremitura manuale o uso del tiralatte, pressione inversa intermittente (RPS), applicazioni fredde, e farmaci antinfiammatori
- evitare l'uso del calore a meno che non si abbiano abbondanti perdite spontanee di latte

Percezione di scarsa produzione di latte:

- una mamma può pensare di non avere latte a sufficienza perché i suoi seni sono morbidi dopo il parto
- il volume del latte aumenta nel giro di parecchi giorni e solitamente è accompagnato da pienezza del seno
- nella seconda settimana di vita la iniziale pienezza del seno si riduce, ma ciò non significa una riduzione della produzione di latte
- i neonati hanno scatti di crescita o di appetito ricorrenti, durante i quali le poppate più frequenti aumentano la produzione di latte e quindi l'assunzione calorica
- se un neonato irrequieto sta evacuando normalmente e sta aumentando di peso, la bassa produzione di latte non è sicuramente la causa della sua irrequietezza

Basi scientifiche e Riferimenti

I consigli preventivi degli operatori sanitari possono aumentare la fiducia della madre in se stessa, valorizzare l'esperienza dell'allattamento al seno e ridurre il rischio di uno svezzamento [interruzione dell'allattamento al seno] precoce.^{28, 89, 105, 127, 188}

La normale suzione del bambino può determinare dei cambiamenti nei capezzoli che alcune donne percepiscono come dolorosi.²⁵⁸

L'informazione incoerente o incompleta su posizionamento e attacco post-partum può influire negativamente sull'allattamento al seno.¹⁰⁴

La candidiasi mammaria (infezione micotica) può essere un fattore significativo che contribuisce ad uno svezzamento [interruzione dell'allattamento al seno] prematuro.¹⁷¹

Le precedenti esperienze di allattamento al seno e le attuali routine di alimentazione possono giocare un ruolo importante sull'epoca di insorgenza e sul grado di ingorgo mammario. I consigli preventivi possono ridurre al minimo l'incidenza dell'ingorgo e valorizzare l'esperienza dell'allattamento.^{105, 170}

È stato dimostrato che usare la pressione inversa riduce l'edema.^{53, 217}

È stato dimostrato che gli impacchi freddi riducono il dolore e il gonfiore; tuttavia la loro efficacia nel ridurre l'ingorgo mammario non è stata studiata a fondo.²¹⁴

Le foglie di cavolo e gli impacchi freddi di gel sono ampiamente usati per alleviare gli ingorghi.^{177, 199, 200, 214}

La percezione di una produzione latte insufficiente si verifica fino al 50% di tutte le madri che allattano al seno ed è una causa significativa di svezzamento [interruzione dell'allattamento al seno] prematuro.^{52, 107}

La percezione di latte insufficiente sembra reale a molte madri, ma nella maggior parte dei casi non è fondata. Sostenere la madre a continuare ad allattare al seno durante questa "crisi" di percezione di bassa produzione aumenta la durata dell'allattamento al seno senza influire sulla crescita del bambino.¹⁰⁸

Le madri producono 30-100 ml di colostro nelle prime 24 ore; 2-10 ml per poppata in 1^a giornata e 5-15 ml per poppata in 2^a giornata.¹¹⁶

Qualità dell'Evidenza

Blyth II-3,
Giugliani II-2,
Hill II-3,
Johnston I,
Porteus II-2

Ziemer II-3

Henderson I

Morrill II-2

Hill II-3,
Moon II-3

Cotterman III,
Stockle I

Snowden II-2

Nikodem I,
Roberts II-2,
Roberts II-2,
Snowden II-2

Cooke II-3,
Hillervik-Lindquist II-3

Hillervik-Lindquist II-3

Humenick II-2

(continua nella pagina successiva)

Neonato che piange:

- nessun pianto dovrebbe essere trascurato
- il pianto può segnalare fame o angoscia - se il neonato non mostra segni di fame, i genitori possono provare a confortarlo in diversi modi prima di offrirgli il seno

Alimentazione materna:

- le limitazioni dietetiche sono raramente necessarie; sono pochi i bambini su cui ha qualche effetto il cibo mangiato dalla madre
- la madre dovrebbe avere un'alimentazione varia ed equilibrata, e bere per soddisfare la sete

L'allattamento al seno non preclude alla madre di uscire di casa, con o senza il suo bambino.

Come è possibile mantenere l'allattamento al seno esclusivo:

- programmando le poppate in base alle attività della madre o della famiglia
- allattando al seno in ogni momento e in ogni luogo
- spremendo, raccogliendo e conservando il latte da lasciare a chi si prenderà cura del bambino

Basi scientifiche e Riferimenti

Il neonato può provare dolore.⁴⁹

L'allattamento al seno può funzionare come un analgesico.^{37, 92}

L'analgesia somministrata alla madre durante il travaglio può interferire con i comportamenti spontanei del neonato di ricerca del seno e di allattamento e può far aumentare temperatura e pianto del neonato.¹⁹²

È risultato meno probabile che i neonati caratterizzati da un pianto eccessivo venissero allattati al seno a 2 settimane di vita.¹⁵⁰

I miti sull'alimentazione possono rappresentare un ostacolo all'allattamento al seno e raramente sono basati sulle prove.¹²³

Aumentare l'assunzione materna di liquidi non influisce sulla quantità di latte prodotto.⁷⁶

La riduzione di peso materno associata all'allattamento può essere minima.²¹¹

L'allattamento al seno può adattarsi alla maggior parte delle situazioni in cui una madre deve separarsi dal suo bambino.¹⁷⁶

Il lavoro della madre non è un ostacolo all'allattamento al seno quando sul luogo di lavoro viene dato sostegno alla lattazione.^{50, 184}

Qualità dell'Evidenza

Clifford II-3

Carbajal I, Gray I

Ransjo-Arvidson II-3

Loughlin II-2

IOM III

Dusdieker I

Sichieri II-2

Neilsen III

Cohen II-3, Ortiz II-3

Assicurarsi che le madri comprendano quali sono i normali comportamenti del neonato/bambino allattato al seno, ed abbiano aspettative realistiche riguardo alle cure infantili ed all'allattamento al seno

Frequenza e durata delle poppate:

- 8-12 poppate nelle 24 ore sono tipiche; tuttavia, la frequenza delle poppate può variare
- alcuni neonati fanno “poppate a grappolo” (poppano ogni ora per 2-6 ore e poi dormono per un periodo più prolungato) e altri poppano ogni 2-3 ore di giorno e di notte
- in media, i neonati desiderano alimentarsi 15-20 minuti ad ogni mammella in una poppata; alcuni vogliono poppare più a lungo e altri sono soddisfatti con una sola mammella
- è necessario che i neonati sonnolenti siano svegliati per la poppata fino a realizzare un incremento ponderale adeguato

Evacuazioni/minzioni del neonato:

- almeno 3 evacuazioni al giorno che cambiano di colore col progredire dell'età (la prima scarica solitamente si verifica entro 8 ore dalla nascita)
- almeno 6 minzioni al giorno dal 4° giorno con urine chiare o giallo chiaro (la prima minzione solitamente si verifica entro 8 ore dalla nascita)
- le scariche variano da nere ed appiccicose a gialle, cremose e acquose dopo il 4° giorno

Calo/incremento ponderale del neonato:

- aspettarsi un calo ponderale inferiore al 7% nella 1ª settimana
- aspettarsi il recupero del peso alla nascita a 10 giorni di vita
- aspettarsi un aumento ponderale di circa 20-35 grammi al giorno per i primi 3 mesi.

La conoscenza da parte dei genitori del normale comportamento dei neonati allattati al seno è correlata con maggiori tassi di allattamento al seno.²¹⁹

Aspettative realistiche possono evitare uno svezzamento [interruzione dell'allattamento al seno] precoce.¹⁷⁴

Susin II-2

Neifert III

Esaminare i vari metodi contraccettivi ed il loro possibile effetto sulla produzione di latte

I metodi contraccettivi sono:

- metodo dell'amenorrea da lattazione (LAM)
- dispositivi di barriera
- metodi ormonali
- interventi chirurgici
- consapevolezza della propria fertilità
- astinenza

Il metodo dell'amenorrea da lattazione (LAM) è efficace al 98% nel prevenire una gravidanza durante i primi 6 mesi, purché il bambino sia allattato al seno in modo esclusivo, l'intervallo tra le poppate non superi le 6 ore, e alla madre non siano tornate le mestruazioni.^{130, 141, 249}

L'uso di succhiotti e del latte artificiale sono associati con un più precoce ritorno delle mestruazioni.¹²¹

I dispositivi di barriera normalmente non contengono ormoni di sintesi e perciò non interferiscono con la produzione di latte.¹⁰¹

Gli ormoni di sintesi possono ridurre la produzione di latte e di conseguenza interferire con la crescita del bambino.^{101, 190, 220}

Nello specifico:

- la pillola contenente estrogeni può diminuire la produzione di latte
- la pillola, gli anelli vaginali, i cerotti, le iniezioni o gli impianti sottocutanei esclusivamente progestinici possono inibire la produzione di latte se iniziati prima del raggiungimento dello stadio II della lattogenesi - la maggior parte dei produttori di farmaci suggeriscono di rimandare l'inizio dell'assunzione di almeno 6 settimane^{71, 159}

- i metodi esclusivamente progestinici iniziati dopo 6 settimane spesso non influenzano la produzione di latte; tuttavia, un periodo di prova utilizzando la pillola, che può essere facilmente interrotta, può essere preferito ad iniezioni o ad impianti sottocutanei, i cui effetti non possono essere annullati¹²⁹

La sterilizzazione chirurgica non incide sull'allattamento al seno.¹⁰¹

Kennedy II-1,
Labbok II-2,
WHO II-2

Ingram II-2

Hatcher II-2

Hatcher II-2,
Queenan III,
Tankeyoon II-2

Diaz II-3,
Massai II-2

Kennedy II-2

Hatcher II-2

Appendice 1.

Criteri di valutazione delle Prove

(basati sul modello del US Preventive Services)²²⁶

Grado	Criteri
I	Prove scientifiche ottenute da almeno uno studio adeguatamente randomizzato.
II-1	Prove scientifiche ottenute da studi clinici controllati, senza randomizzazione, correttamente strutturati.
II-2	Prove scientifiche ottenute da studi analitici, caso-controllo o di coorte, correttamente programmati; preferibilmente condotti da più di un solo centro o programma di ricerca.
II-3	Prove scientifiche ottenute da ripetuti casi storici con o senza intervento. I risultati molto importanti ottenuti in esperimenti non controllati (come ad esempio l'introduzione della penicillina negli anni '40) possono essere attribuiti a questo tipo di prova scientifica.
III	Opinioni di esperti riconosciuti basate sull'esperienza clinica, studi descrittivi e la descrizione di casi clinici significativi, o relazioni di comitati di esperti.

Appendice 2.

Gruppo dei Revisori

Doraine Bailey, MA, IBCLC, RLC	Cathy Carothers, BLA, IBCLC, RLC
Suzanne Cox, AM, RN, RM, IBCLC	Maureen Fjeld PT/OT, IBCLC, RLC
Elsa Giugliani, MD, PhD, IBCLC	Jacki Glover, RN, MN, IBCLC, RLC
Larry Grummer-Strawn, PhD	Heather Jackson, RGON, RM, IBCLC, MA
Judith Lauwers, BA, IBCLC, RLC	Rebecca Mannel, BS, IBCLC, RLC
Angela Smith, RN, BA, IBCLC	Anna Swisher, MBA, IBCLC
Virginia Thorley, OAM, DipEd, MA, IBCLC	Nancy E. Wight MD, IBCLC, FABM, FAAP

Bibliografia

1. Academy of Breastfeeding Medicine. Mission Statement. 2005.
2. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplemental Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate; 2003.
3. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term; 2003.
4. Adejuyigbe EA, Fasubaa OB, Ajose OA, Onayade AA. Plasma glucose levels in exclusively breastfed newborns in the first 48 hours of life in Ile-Ife, Nigeria. *Nutr Health* 2001;15(2):121-6.
5. Albarnaz E, Giugliani ER, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *J Hum Lact* 1998;14(4):283-5.
6. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding Policy and Position Statement. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians; 2001.
7. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Disease. Transmission of infectious agents via human milk. In: LK P, editor. Red Book 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003.
8. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics* 2000;106(2):346-349.
9. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
10. American Dietetic Association. Breaking the barriers to breastfeeding - Position of ADA. *J Am Diet Assoc* 2001;101:1213.
11. Anderson P, Pochop S, Manoguerra A. Adverse drug reactions in breastfed infants: less than imagined. *Clin Pediatr (Phila)* 2003;42(4):325-40.
12. Ando Y, Ekuni Y, Matsumoto Y, Nakano S, Saito K, Kakimoto K, et al. Long-term serological outcome of infants who received frozen-thawed milk from human T-lymphotropic virus type-I positive mothers. *J Obstet Gynaecol Res* 2004;30(6):436-8.
13. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr Scand* 1993;82:1007-1011.
14. Avoa A, Fischer PR. The influence of perinatal education about breast-feeding on neonatal weight loss. *Pediatrics* 1990; 86(11):313-5.
15. Awi DD, Alikor EA. The influence of pre- and postpartum factors on the time of contact between mother and her new-born after vaginal delivery. *Niger J Med* 2004;13(3): 272-5.
16. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002;110(5):e63.
17. Barros FC, Victora CG, Semer TC, et al. Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics* 1995;95:497-499.
18. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr* 2004;93(6):779-85.
19. Berlin CM, Briggs GG. Drugs and chemicals in human milk. *Semin Fetal Neonatal Med* 2005;10(2):149-59.
20. Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli FF. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? *Pediatrics* 2001;107(3):E41.
21. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37(4):447-52.
22. Bertolli J, Hu DJ, Nieburg P, Macalalad A, Simonds RJ. Decision analysis to guide choice of interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV. *Aids* 2003;17(14):2089-98.
23. Bittencourt AL. Possible risk factors for vertical transmission of Chagas' disease. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1992;34(5):403-8.
24. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr K. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Rev* 2003;11(2):5-10.
25. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89(12):1106-10.
26. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994;83(11):1122-6.
27. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 2002; 29(4):278-84.
28. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact* 2004;20(1):30-8.
29. Brandt KA, Andrews CM, Kvale J. Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27(2):169-74.
30. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health* 2003;93(8):1277-9.
31. Brazelton TB. Psychophysiologic reaction to birth. *J Pediatr* 1961;58:513-518.
32. Brazelton TB. Neonatal Behavioral Assessment Scale, 2nd ed. Philadelphia: JB Lippencott; 1984.
33. Buranasin B. The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia Pac J Public Health* 1991;5(3):217-20.
34. Butte NF, Garza C, Smith EO, Nichols BL. Human milk intake and growth in exclusively breast-fed infants. *J Pediatr* 1984; 104(2):187-95.
35. Bystrova K, Widstrom AM, Matthesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Welles-Nystrom B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr* 2003;92(3):320-6.
36. Canadian Paediatric Society Nutrition Committee, Dietitians of Canada, Health Canada. Nutrition for Healthy Term Infants; 1998.
37. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326(7379):13.
38. Carles G, Tortevoye P, Tuppin P, Ureta-Vidal A, Peneau C, El Guindi W, et al. [HTLV1 infection and pregnancy]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004;33(1 Pt 1):14-20.
39. Casiday RE, Wright CM, Panter-Brick C, Parkinson KN. Do early infant feeding patterns relate to breastfeeding continuation and weight gain? Data from a longitudinal cohort study. *Eur J Clin Nutr* 2004;58(9):1290-6.
40. Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiaco M, Quintero S, Pavan C, et al. Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact* 1999;15(2):125-30.
41. Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003;19(2):136-44.
42. Chandra RK. Five-year follow-up of high-risk infants with family history of allergy who were exclusively breast-fed or fed partial whey hydrolysate, soy, and conventional cow's milk formulas. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997;24(4):380-8.
43. Chandra RK. Food allergy and nutrition in early life: implications for later health. *Proc Nutr Soc* 2000;59(2):273-7.
44. Chapman DJ, Damio G, Young S, Perez-Escamilla R. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(9):897-902.
45. Chaves RG, Lamounier JA. [Breastfeeding and maternal medications]. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80 (5 Suppl):S189-98.
46. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004;113(5):e435-9.
47. Chen Y-T. Defects in galactose metabolism. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p. 413-414.
48. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81(6-7):488-93.
49. Clifford PA, Stringer M, Christensen H, Mountain D. Pain assessment and intervention for term newborns. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(6):514-9.
50. Cohen R, Mrtek MB. The impact of two corporate lactation programs on the incidence and duration of breast-feeding by employed mothers. *Am J Health Promot* 1994;8(6):436-41.
51. College of Family Physicians of Canada. Infant Feeding Policy Statement 2004. 2004:1-3.
52. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact* 2003;19(2):145-56.
53. Cotterman KJ. Reverse pressure softening: a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. *J Hum Lact* 2004;20(2):227-37.

Bibliografia (continua)

54. Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Coovadia HM, Pembrey L, Newell ML. Morbidity in children born to women infected with human immunodeficiency virus in South Africa: does mode of feeding matter? *Acta Paediatr* 2003;92(8):890-5.
55. Cregan MD, Mitoulas LR, Hartmann PE. Milk prolactin, feed volume and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24 h period. *Exp Physiol* 2002;87(2):207-14.
56. Daly SE, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 2: The short-term control of milk synthesis in lactating women. *J Hum Lact* 1995;11(1):27-37.
57. Daly SE, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 1: Infant demand and milk production in lactating women. *J Hum Lact* 1995;11(1):21-6.
58. Daly SE, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. Frequency and degree of milk removal and the short-term control of human milk synthesis. *Exp Physiol* 1996;81(5):861-75.
59. de Araujo Burgos MG, Bion FM, Campos F. [Lactation and alcohol: clinical and nutritional effects]. *Arch Latinoam Nutr* 2004;54(1):25-35.
60. De Carvalho M, Robertson S, Friedman A, Klaus M. Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 1983; 72(3):307-11.
61. de Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother/infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. III. Follow-up at one year. *Scand J Soc Med* 1984;12(2):91-103.
62. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: results from the state of Rio de Janeiro, Brazil. *J Hum Lact* 2003;19(4):365-73.
63. de Rooy L, Hawdon J. Nutritional factors that affect the postnatal metabolic adaptation of full-term small- and large-for-gestational-age infants. *Pediatrics* 2002;109(3):E42.
64. Dennis CL. Breastfeeding peer support: maternal and volunteer perceptions from a randomized controlled trial. *Birth* 2002;29(3):169-76.
65. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31(1):12-32.
66. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *Cmaj* 2002;166(1):21-8.
67. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Lonnerdal B. Adequacy of energy intake among breast-fed infants in the DARLING study: relationships to growth velocity, morbidity, and activity levels. Davis Area Research on Lactation, Infant Nutrition and Growth. *J Pediatr* 1991;119(4):538-47.
68. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lonnerdal B. Breast-fed infants are leaner than formula-fed infants at 1 y of age: the DARLING study. *Am J Clin Nutr* 1993;57(2):140-5.
69. Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, et al. Growth of breastfed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. World Health Organization Working Group on Infant Growth. *Pediatrics* 1995;96(3 Pt 1):495-503.
70. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003;112(3 Pt 1):607-19.
71. Diaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception* 1997;56(4):223-32.
72. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth* 2003;30(2):94-100.
73. Diwakar KK, Sasidhar MV. Plasma glucose levels in term infants who are appropriate size for gestation and exclusively breast fed. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002;87(1):F46-8.
74. Donnelly A, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women (Cochrane Review). The Cochrane Library 2001;Update Software(1).
75. Dowling DA, Meier PP, DiFiore JM, Blatz M, Martin RJ. Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. *J Hum Lact* 2002;18(1):13-20; quiz 46-9, 72.
76. Dusdieker LB, Stumbo PJ, Booth BM, Wilmoth RN. Prolonged maternal fluid supplementation in breastfeeding. *Pediatrics* 1990;86(5):737-40.
77. Edgehouse L, Radzimirski SG. A device for supplementing breast-feeding. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1990;15(1):34-5.
78. Ego A, Dubos JP, Djavadzadeh-Amini M, Depinoy MP, Louyot J, Codaccioni X. [Premature discontinuation of breastfeeding]. *Arch Pediatr* 2003;10(1):11-8.
79. Eidelman AI. Hypoglycemia and the breastfed neonate. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(2):377-87.
80. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess* 2000;4(25):1-171.
81. Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2004; 113(4):858-65.
82. Ferreira CS, Martinho PC, Amato Neto V, Cruz RR. Pasteurization of human milk to prevent transmission of Chagas disease. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2001;43(3):161-2.
83. Finneran B, Murphy K. Breast is best for GPs—or is it? Breastfeeding attitudes and practice of general practitioners in the Mid-West of Ireland. *Ir Med J* 2004;97(9):268-70.
84. Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I. [Mother-infant rooming-in and exclusive breast feeding]. *Salud Publica Mex* 1997;39(2): 110-6.
85. Frantz KB. The slow-gaining breastfeeding infant. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3(4):647-55.
86. Freed GL, Clark SJ, Curtis P, Sorenson JR. Breast-feeding education and practice in family medicine. *J Fam Pract* 1995;40(3):263-9.
87. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273(6):472-6.
88. Garza C, Butte NF. Energy intakes of human milkfed infants during the first year. *J Pediatr* 1990; 117(5):S124-31.
89. Giugliani ER. [Common problems during lactation and their management]. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80 (5 Suppl):S147-54.
90. Grandjean P, Budtz-Jorgensen E, Steuerwald U, Heinzow B, Needham LL, Jorgensen PJ, et al. Attenuated growth of breast-fed children exposed to increased concentrations of methylmercury and polychlorinated biphenyls. *Faseb J* 2003;17(6):699-701.
91. Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2000;105(1):e14.
92. Gray L, Miller LW, Philipp BL, Blass EM. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2002; 109(4):590-3.
93. Guise JM, Freed G. Resident physicians' knowledge of breastfeeding and infant growth. *Birth* 2000;27(1):49-53.
94. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003;1(2):70-8.
95. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial [see comments]. *Lancet* 2000; 356(9242):1643-7.
96. Hale T. Medications and Mothers' Milk. ninth ed. Amarillo: Pharmasoft Publishing; 2004.
97. Hall RT, Mercer AM, Teasley SL, McPherson DM, Simon SD, Santos SR, et al. A breast-feeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. *J Pediatr* 2002;141(5):659-64.
98. Hamprecht K, Maschmann J, Muller D, Dietz K, Besenthal I, Goetz R, et al. Cytomegalovirus (CMV) inactivation in breast milk: reassessment of pasteurization and freeze-thawing. *Pediatr Res* 2004; 56(4):529-35.
99. Hanson L. Immunobiology of Human Milk: How Breastfeeding Protects Babies. Amarillo: Pharmasoft Publishing; 2004.
100. Hanson LA, Korotkova M, Telemo E. Breast-feeding, infant formulas, and the immune system. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;90(6 Suppl 3):59-63.
101. Hatcher R. Contraceptive Technology. New York: Ardent Media, Inc.; 1998.
102. Hellings P, Howe C. Assessment of breastfeeding knowledge of nurse practitioners and nurse midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2000;45(3):264 - 269.
103. Hellings P, Howe C. Breastfeeding knowledge and practice of pediatric nurse practitioners. *J Pediatr Health Care* 2004;18(1):8-14.
104. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001; 28(4):236-42.

Bibliografia (continua)

105. Hill PD, Humenick SS. The occurrence of breast engorgement. *J Hum Lact* 1994;10(2):79-86.
106. Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, Woolley D. Does early supplementation affect long-term breastfeeding? *Clin Pediatr (Phila)* 1997;36(6):345-50.
107. Hillervik-Lindquist C. Studies on perceived breast milk insufficiency. A prospective study in a group of Swedish women. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1991;376:1-27.
108. Hillervik-Lindquist C, Hofvander Y, Sjolín S. Studies on perceived breast milk insufficiency. III. Consequences for breast milk consumption and growth. *Acta Paediatr Scand* 1991;80(3):297-303.
109. Hillervik-Lindquist C. Studies of perceived breast milk insufficiency. II. Incidence and causes. *Naringsforskning* 1990;34:15-19.
110. Hornell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr* 1999;88(2):203-11.
111. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Barros FC. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *Am J Epidemiol* 1997;146(2):128-33.
112. Howard C, Howard F, Lawrence R, Andresen E, DeBlicek E, Weitzman M. Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95(2):296-303.
113. Howard CR, Schaffer SJ, Lawrence RA. Attitudes, practices, and recommendations by obstetricians about infant feeding. *Birth* 1997;24(4):240-6.
114. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlicek EA, Oakes D, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111(3):511-8.
115. Howard CR, Howard FM. Management of breastfeeding when the mother is ill. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):683-95.
116. Humenick S. The clinical significance of breastmilk maturation rates. *Birth* 1987;14(4):174-81.
117. Humenick S, Medeiros D, Wreschner T, Walton M, Hill P. The Maturation Index of Colostrum and Milk (MICAM): a measurement of breast milk maturation. *J Nurs Meas* 1994;2(2):169-86.
118. Humenick S, Hill P, Spiegelberg P. Breastfeeding and health professional encouragement. *J Hum Lact* 1998;14(4):305-10.
119. Ingram J, Woolridge M, Greenwood R. Breastfeeding: it is worth trying with the second baby. *Lancet* 2001;358(9286):986-7.
120. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 2002;18(2):87-101.
121. Ingram J, Hunt L, Woolridge M, Greenwood R. The association of progesterone, infant formula use and pacifier use with the return of menstruation in breastfeeding women: a prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114(2): 197-202.
122. Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery* 2004;20(4):367-79.
123. Institute of Medicine. Nutrition During Lactation. Washington, DC: National Academy Press; 1991.
124. Jeffery BS, Mercer KG. Pretoria pasteurisation: a potential method for the reduction of postnatal mother to child transmission of the human immunodeficiency virus. *J Trop Pediatr* 2000;46(4):219-23.
125. Jeffery BS, Webber L, Mokondo KR, Erasmus D. Determination of the effectiveness of inactivation of human immunodeficiency virus by Pretoria pasteurization. *J Trop Pediatr* 2001;47(6):345-9.
126. Jeffery BS, Soma-Pillay P, Makin J, Moolman G. The effect of Pretoria Pasteurization on bacterial contamination of hand-expressed human breastmilk. *J Trop Pediatr* 2003;49(4):240-4.
127. Johnston BD, Huebner CE, Tyll LT, Barlow WE, Thompson RS. Expanding developmental and behavioral services for newborns in primary care; Effects on parental well-being, practice, and satisfaction. *Am J Prev Med* 2004;26(4):356-66.
128. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988;17(2):122-6.
129. Kennedy KI, Short RV, Tully MR. Premature introduction of progestin-only contraceptive methods during lactation. *Contraception* 1997;55(6):347-50.
130. Kennedy KI. Efficacy and effectiveness of LAM. *Adv Exp Med Biol* 2002;503:207-16.
131. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *J Hum Lact* 1994;10(1):11-5.
132. Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, McAlpine W, Steffa M, Kennel JH. Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. *N Engl J Med* 1972;286(9):460-3.
133. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzvikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a cluster-randomized trial in the Republic of Belarus. Design, follow-up, and data validation. *Adv Exp Med Biol* 2000;478:327-45.
134. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286(3):322-6.
135. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B, et al. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *Pediatrics* 2002;110(2 Pt 1):343-7.
136. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzvikovich I, Collet JP, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78(2):291-5.
137. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol* 2004;554:63-77.
138. Kunz C, Rodriguez-Palmero M, Koletzko B, Jensen R. Nutritional and biochemical properties of human milk, Part I: General aspects, proteins, and carbohydrates. *Clin Perinatol* 1999;26(2):307-33.
139. Kurinij N, Shiono PH. Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics* 1991;88(4):745-50.
140. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrál AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115(2):e139-46.
141. Labbok MH, Hight-Laukaran V, Peterson AE, Fletcher V, von Hertzen H, Van Look PF. Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997;55(6):327-36.
142. LaKind JS, Amina Wilkins A, Berlin CM, Jr. Environmental chemicals in human milk: a review of levels, infant exposures and health, and guidance for future research. *Toxicol Appl Pharmacol* 2004;198(2):184-208.
143. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child* 1994;71(4):365-9.
144. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005;365(9462): 891-900.
145. Lawrence RA. Maternal and Child Health Technical Information Bulletin: A review of medical benefits and contraindications to breastfeeding in the United States. Washington, DC: US Government Printing Office; 1997.
146. Lazzaro E, Anderson J, Auld G. Medical professionals' attitudes toward breastfeeding. *J Hum Lact* 1995;11(2):97-101.
147. Lee A, Moretti ME, Collantes A, Chong D, Mazzotta P, Koren G, et al. Choice of breastfeeding and physicians' advice: a cohort study of women receiving propylthiouracil. *Pediatrics* 2000;106(1 Pt 1):27-30.
148. Lindenberg CS, Cabrera Artola R, Jimenez V. The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *Int J Nurs Stud* 1990; 27(3):179-86.
149. Livingstone VH, Willis CE, Abdel-Wareth LO, Thiessen P, Lockitch G. Neonatal hypernatremic dehydration associated with breast-feeding malnutrition: a retrospective survey. *Cmaj* 2000;162(5): 647-52.
150. Loughlin HH, Clapp CNE, Gehlbach SH, Pollard JC, McCutchen TM. Early termination of breast-feeding: identifying those at risk. *Pediatrics* 1985; 75(3):508-13.
151. Lu MC, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Halfon N. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001; 97(2):290-5.
152. Macdonald PD, Ross SR, Grant L, Young D. Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88(6):F472-6.
153. Maisels MJ, Vain N, Acquavita AM, de Blanco NV, Cohen A, DiGregorio J. The effect of breast-feeding frequency on serum bilirubin levels. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(3):880-3.
154. Marasco L, Marmet C, Shell E. Polycystic ovary syndrome: a connection to insufficient milk supply? *J Hum Lact* 2000;16(2):143-8.
155. Marchini G, Fried G, Ostlund E, Hagenas L. Plasma leptin in infants: relations to birth weight and weight loss. *Pediatrics* 1998;101(3 Pt 1):429-32.
156. Marchini G, Persson B, Berggren V, Hagenas L. Hunger behaviour contributes to early nutritional homeostasis. *Acta Paediatr* 1998;87(6):671-5.
157. Marques NM, Lira PI, Lima MC, da Silva NL, Filho MB, Huttly SR, et al. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001;108(4):E66.

Bibliografia (continua)

158. Marques RF, Lopez FA, Braga JA. [Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life]. *J Pediatr* (Rio J) 2004;80(2):99-105.
159. Massai R, Diaz S, Jackanicz T, Croxatto HB. Vaginal rings for contraception in lactating women. *Steroids* 2000;65(10-11):703-7.
160. Matthews MK. Assessments and suggested interventions to assist newborn breastfeeding behavior. *J Hum Lact* 1993;9(4):243-8.
161. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvnas-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28(1):13-9.
162. Mennella JA, Pepino MY, Teff KL. Acute Alcohol Consumption Disrupts the Hormonal Milieu of Lactating Women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2005;90(4):1979-1985.
163. Menzies D. Effect of treatment on contagiousness of patients with active pulmonary tuberculosis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997;18(8):582-6.
164. Merlob P, Aloni R, Prager H, Jelin N, Idel M, Kotona J. Continued weight loss in the newborn during the third day of life as an indicator of early weaning. *Isr J Med Sci* 1994;30(8):646-8.
165. Merten S, Ackermann-Lieblich U. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. *J Hum Lact* 2004;20(1):9-17.
166. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126(1):36-9.
167. Metaj M, Laroia N, Lawrence RA, Ryan RM. Comparison of breast- and formula-fed normal newborns in time to first stool and urine. *J Perinatol* 2003;23(8):624-8.
168. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91(12):1301-6.
169. Mizuno K, Fujimaki K, Sawada M. Sucking behavior at breast during the early newborn period affects later breast-feeding rate and duration of breastfeeding. *Pediatr Int* 2004;46(1):15-20.
170. Moon JL, Humenick SS. Breast engorgement: contributing variables and variables amenable to nursing intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1989;18(4):309-15.
171. Morrill JF, Heinig MJ, Pappagianis D, Dewey KG. Risk factors for mammary candidosis among lactating women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(1):37-45.
172. Morrow AI, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Lancet* 1999;353:1226-1231.
173. Morton JA. Ineffective suckling: a possible consequence of obstructive positioning. *J Hum Lact* 1992;8(2):83-5.
174. Neifert MR. The optimization of breast-feeding in the perinatal period. *Clin Perinatol* 1998;25(2):303-26.
175. Neifert MR. Breastmilk transfer: positioning, latchon, and screening for problems in milk transfer. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):656-75.
176. Neilsen J. Return to work: practical management of breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3): 724-33.
177. Nikodem VC, Danziger D, Gebka N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Do cabbage leaves prevent breast engorgement? A randomized, controlled study. *Birth* 1993;20(2):61-4.
178. Nyhan WL. Stool frequency of normal infants in the first week of life. *Pediatrics* 1952;10(4):414-25.
179. O'Brien B. Prolonged and exclusive breastfeeding of infants did not reduce growth by 12 months of age. *Evid Based Nurs* 2003;6(2):42.
180. Oddy WH. Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence. *Breastfeed Rev* 2001;9(2):11-8.
181. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. 1989.
182. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. The Universal Declaration of Human Rights, 1948, Article 25. Geneva, Switzerland: United Nations; 1997.
183. Onayade AA, Abiona TC, Abayomi IO, Makanjuola RO. The first six month growth and illness of exclusively and non-exclusively breast-fed infants in Nigeria. *East Afr Med J* 2004;81(3):146-53.
184. Ortiz J, McGilligan K, Kelly P. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program. *Pediatr Nurs* 2004;30(2):111-9.
185. Peaker M, Wilde CJ. Feedback control of milk secretion from milk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1996;1(3):307-15.
186. Perez-Escamilla R, Segura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Hum Dev* 1992;31(1):25-40.
187. Philipp BL, Malone KL, Cimo S, Merewood A, Dewey KG. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Hum Dev* 1992;31(1):25-40.
188. Porteous R, Kaufman K, Rush J. The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: A randomized controlled trial. *J Hum Lact* 2000;16(4):303 - 309.
189. Prodromidis M, Field T, Arendt R, Singer L, Yando R, Bendell D. Mothers touching newborns: a comparison of rooming-in versus minimal contact. *Birth* 1995;22(4):196-200; discussion 201-3.
190. Queenan JT. Contraception and breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):734-9.
191. Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(5): 580-8.
192. Ransjo-Arvidson AB, Matthiesen AS, Lilja G, Nissen E, Widstrom AM, Uvnas-Moberg K. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth* 2001;28(1):5-12.
193. Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000090.
194. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000043.
195. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336(8723):1105-7.
196. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19(4): 185-9.
197. Righard L, Alade MO. Breastfeeding and the use of pacifiers. *Birth* 1997;24(2):116-20.
198. Riordan J, Bibb D, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *J Hum Lact* 2001; 17(1):20-3.
199. Roberts KL. A comparison of chilled cabbage leaves and chilled gelpaks in reducing breast engorgement. *J Hum Lact* 1995;11(1):17-20.
200. Roberts KL, Reiter M, Schuster D. Effects of cabbage leaf extract on breast engorgement. *J Hum Lact* 1998;14(3):231-6.
201. Rodriguez G, Ventura P, Samper MP, Moreno L, Sarria A, Perez-Gonzalez JM. Changes in body composition during the initial hours of life in breast-fed healthy term newborns. *Biol Neonate* 2000;77(1): 12-6.
202. Rossiter JC, Yam BM. Breastfeeding: how could it be enhanced? The perceptions of Vietnamese women in Sydney, Australia. *J Midwifery Womens Health* 2000;45(3):271-6.
203. Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 1996;23(3):154-60.
204. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991;337(8747):929-33.
205. Salariya EM, Easton PM, Cater JI. Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet* 1978;2(8100):1141-3.
206. Salariya EM, Robertson CM. Relationships between baby feeding types and patterns, gut transit time of meconium and the incidence of neonatal jaundice. *Midwifery* 1993;9(4):235-42.
207. Schubiger G, Schwarz U, Tonz O. UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? Neonatal Study Group. *Eur J Pediatr* 1997;156(11):874-7.
208. Semmekrot BA, de Vries MC, Gerrits GP, van Wieringen PM. [Optimal breastfeeding to prevent hyperbilirubinaemia in healthy, term newborns]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148(41):2016-9.
209. Shrago L. The relationship between bowel output and adequacy of breastmilk intake in neonates' first weeks of life. In: Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN); 1996; Anaheim, CA; 1996.
210. Shrago LC. The breastfeeding dyad: early assessment, documentation, and intervention. *NAACOG Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3(4):583-97.
211. Sichiari R, Field AE, Rich-Edwards J, Willett WC. Prospective assessment of exclusive breastfeeding in relation to weight change in women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27(7):815-20.
212. Sikorski J, Renfrew MJ. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). The Cochrane Library 2001;Oxford Update Software(1).
213. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003;17(4):407-17.
214. Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(2):CD000046.

Bibliografia (continua)

215. Souto GC, Giugliani ER, Giugliani C, Schneider MA. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. *J Hum Lact* 2003; 19(1):43-9; quiz 66-9, 120.
216. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs* 2004;18(4):385-96.
217. Stockle U, Hoffmann R, Schutz M, von Fournier C, Sudkamp NP, Haas N. Fastest reduction of posttraumatic edema: continuous cryotherapy or intermittent impulse compression? *Foot Ankle Int* 1997;18(7):432-8.
218. Strembel S, Sass S, Cole G, Hartner J, Fischer C. Breastfeeding policies and routines among Arizona hospitals and nursery staff: results and implications of a descriptive study. *J Am Diet Assoc* 1991;91(8):923-5.
219. Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC, Maciel M, Simon C, da Silveira LC. Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates? *Birth* 1999; 26(3):149-56.
220. Tankeoyon M, Dusitsin N, Chalapati S, Koetsawang S, Saibiang S, Sas M, et al. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction Task force on oral contraceptives. *Contraception* 1984;30(6):505-22.
221. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112(1 Pt 1):108-15.
222. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113(5): e405-11.
223. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113(4):283-90.
224. Tjon ATWE, Kusin JA, de With C. Early postnatal growth of Basotho infants in the Mantsonyane area, Lesotho. *Ann Trop Paediatr* 1986;6(3):195-8.
225. Tobin DL. A breastfeeding evaluation and education tool. *J Hum Lact* 1996;12(1):47-9.
226. Tyson J, Burchfield J, Sentance F, Mize C, Uauy R, Eastburn J. Adaptation of feeding to a low fat yield in breast milk. *Pediatrics* 1992;89(2):215-20.
227. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Ed. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1996.
228. Ullah S, Griffiths P. Does the use of pacifiers shorten breastfeeding duration in infants? *Br J Community Nurs* 2003;8(10):458-63.
229. UNICEF. Breastfeeding and complementary feeding; 1990-2000.
230. United Nations General Assembly. United Nations Millennium Declaration. In: 8th Plenary Meeting; 2000: United Nations; 2000.
231. Uvnas-Moberg K, Widstrom AM, Werner S, Matthiesen AS, Winberg J. Oxytocin and prolactin levels in breast-feeding women. Correlation with milk yield and duration of breast-feeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990;69(4):301-6.
232. van Odijk J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy* 2003;58(9):833-43.
233. van't Hof MA. The Influence of Breastfeeding and Complementary Foods on Growth Until Three Years of Age in the Euro-Growth Study. *Pediatrics* 2000;106(5):1281.
234. Victora CG BD, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: Cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997;99:445-453.
235. Vittoz JP, Labarere J, Castell M, Durand M, Pons JC. Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. *Birth* 2004;31(4):302-7.
236. Vnuk AK. An analysis of breastfeeding print educational material. *Breastfeed Rev* 1997;5(2):29-35.
237. Walker M. Selling Out Mothers and Babies, Marketing of Breast Milk Substitutes in the USA. Weston, MA: NABA REAL; 2001.
238. Weimer J. Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; 2001 March.
239. Wiberg B, Humble K, de Chateau P. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. V. Follow-up at three years. *Scand J Soc Med* 1989;17(2):181-91.
240. Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Christensson K, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnas-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants. Effects on circulation and developing feeding behaviour. *Acta Paediatr Scand* 1987;76(4):566-72.
241. Widstrom AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnas-Moberg K, Werner S, et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev* 1990;21(3): 153-63.
242. Wiemann CM, DuBois JC, Berenson AB. Racial/ethnic differences in the decision to breastfeed among adolescent mothers. *Pediatrics* 1998;101(6):E11.
243. Williams A. Hypoglycemia of the newborn: Review of the literature. Geneva: World Health Organization; 1997. p. 1-56.
244. Wojdan-Godek E, Mikiel-Kostyra K, Mazur J. [Factors associated with exclusive breastfeeding of infants in Poland]. *Med Wieku Rozwoj* 2000; 4 (3 Suppl 1):15-24.
245. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):708-12.
246. Woolridge MW, Ingram JC, Baum JD. Do changes in pattern of breast usage alter the baby's nutrient intake? *Lancet* 1990;336(8712):395-7.
247. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981.
248. World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding, Revised Ed. In: WHO/CHD/98.9; 1998.
249. World Health Organization. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril* 1999;72(3):431-40.
250. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
251. World Health Organization. Global strategy: breastfeeding critical for child survival—UNICEF and WHO call for increased commitment to appropriate feeding practices for all infants and young children. *Indian J Med Sci* 2004;58(3):138-9.
252. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990;86(2):171-5.
253. Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand* 1990;79(11):1017-22.
254. Yamauchi Y. Hypoglycemia in healthy, full-term, breast-fed neonates during the early days of life: preliminary observation. *Acta Paediatr Jpn* 1997;39 Suppl 1:S44-7.
255. Yaseen H, Salem M, Darwich M. Clinical presentation of hypernatremic dehydration in exclusively breast-fed neonates. *Indian J Pediatr* 2004;71(12): 1059-62.
256. Yasuda A, Kimura H, Hayakawa M, Ohshiro M, Kato Y, Matsuura O, et al. Evaluation of cytomegalovirus infections transmitted via breast milk in preterm infants with a real-time polymerase chain reaction assay. *Pediatrics* 2003;111(6 Pt 1):1333-6.
257. Zetterstrom R. Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88(430):1-6.
258. Ziemer MM, Pigeon JG. Skin changes and pain in the nipple during the 1st week of lactation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1993;22(3):247-56.

ASSOCIAZIONE ITALIANA CONSULENTI PROFESSIONALI in ALLATTAMENTO MATERNO

Sede legale: LUNGARNO DELLA ZECCA VECCHIA, 22 • 50122 - FIRENZE • ITALY
FAX: 055.39.06.97.11 • E-MAIL: INFO@AICPAM.ORG • WEB: WWW.AICPAM.ORG

INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION

1500 SUNDAY DRIVE, SUITE 102 • RALEIGH, NC • 27607 • USA
PHONE: 919.861.5577 • FAX: 919.787.4916 • E-MAIL: INFO@ILCA.ORG • WEB: WWW.ILCA.ORG