



**ARNIS**

Asociația Română pentru  
Nou-născuții Îndelung Spitalizați



# LAPTELE IUBIRE DE MAMĂ!

EDIȚIA A 2-A, 2024, BUCUREȘTI

Această broșură este pusă la dispoziție în mod gratuit, de către Asociația Română pentru Nou-născuții Îndelung Spitalizați - **ARNIS**, părinților cu bebeluși prematuri sau bolnavi și îndelung spitalizați la naștere în secțiile de neonatologie ale spitalelor din România.

### **Asumarea răspunderii**

Toate drepturile asupra conținutului acestei broșuri sunt rezervate ARNIS. Reproducerea, fotocopierea, citarea, comercializarea fără acordul ARNIS este sancționată conform legilor în vigoare. Informațiile puse la dispoziție în această broșură au strict valoare informativă. Prezentul material nu furnizează scheme de tratament și nu recomandă medicamente. Aveți obligația de a contacta un medic în cazul în care copilul dumneavoastră este bolnav.

Deținătorul drepturilor de autor (ARNIS) nu poate fi tras la răspundere pentru interpretarea greșită a informațiilor din această broșură sau pentru starea de sănătate a mamei și copilului.

**[www.arnis.org](http://www.arnis.org)**

Autor: Claudia Dobocan, medic rezident neonatolog și consultant acreditat IBCLC în lactație și alăptare

Co-autor: Președinte și membru fondator ARNIS, Corina Croitoru  
Ilustrație și DTP: Iulia Trif

Acest material informativ este realizat în cadrul proiectului "Centrul EDU - Resurse pentru părinți (2022)", cu sprijinul: Societatea Dezvoltare Comercial Sudului SRL.

Tipărirea și distribuirea Ediției a 2-a (2024) este realizată cu sprijinul Synevo prin programul "Soluții pentru Comunitate".





*Laptele uman, provenit de la propria mamă sau de la femei lactante donatoare reprezintă, așa cum știința ultimilor ani a dovedit, de la un adjuvant al susținerii stării de sănătate și al armonioasei dezvoltări pentru copiii sănătoși, până la un veritabil medicament pentru cei aflați în necesitate de îngrijiri complexe.*

*Știința și practica susținerii alăptării s-a dezvoltat foarte mult și frumos, atât în maternități și spitale de pediatrie, cât și în medicina primară și preventivă din societatea noastră. Tendințele actuale sunt unele îmbucurătoare, atât părinții cât și practicienii medicinei au înțeles și promovează, din ce în ce mai mult, mesele exclusive de lapte.*

*În paginile care urmează am încercat să rezum recomandările cele mai eficiente de bună practică într-ale alăptării și susținerii lactației, așa cum reies din literatură, filtrate prin lentila propriilor mele experiențe profesionale și personale.*

*Sperând ca lectura să fie una facilă și utilă,*

**Dr. Claudia Dobocan,**  
**medic rezident neonatolog și consultant acreditat**  
**IBCLC în lactație și alăptare, autor**



# CUPRINS

<b>Povestea lăpticului magic</b> .....	4
<b>Sfaturi</b> .....	13
<b>I. Pregătirea pentru extracția laptelui matern: curățarea instrumentelor, a mâinilor și a sânilor</b> .....	15
<b>II. Extracția manuală, prenatală, a colostrului</b> .....	18
<b>III. Primele ore de după naștere reprezintă o fereastră de oportunitate de neratat pentru eficiența și suficiența lactației!</b> .....	23
<b>IV. Tehnici pentru masajul manual</b> .....	26
<b>V. Extracția propriu-zisă a laptelui: manuală și / sau la pompă</b> .....	30
<b>VI. Manipularea, păstrarea și transportul laptelui matern muls</b> .....	38
<b>VII. Sfaturi generale pentru o bună experiență de lactație și alăptare</b> .....	42
<b>VIII. Tranziția de la gavaj la alimentația orală</b> .....	46
<b>Misiunea ARNIS</b> .....	62
<b>Sprijiți proiectele Asociației ARNIS</b> .....	64

## POVESTEA LĂPTICULUI MAGIC

**Autor: Neînfricata Adriana și victorioasa Diana**

*Povestea luptătoarei Diana începea acum 7 ani și 3 luni. De fapt, chiar cu câteva luni înainte, deoarece și sarcina a fost una atipică. De la 6 săptămâni, de la confirmarea sarcinii, am stat în permanență în pat, având contracții puternice tot timpul. La 31 de săptămâni, după câteva zile de sesizare a unor picături de apă "nevinovate", credeam eu, s-a intervenit de urgență cu operație cezariană.*

*Aș recomanda oricui, când observă ceva nenatural în timpul sarcinii, orice, să nu ezite să consulte medicul,*



deoarece poate face diferența dintre viață și moarte. Noi, amândouă, am fost la milimetru. Nașterea în sine, nu a fost dificilă, însă prematuritatea și-a spus cuvântul.

Hipoxie de grad 2, intubare pentru administrare de surfactant, reanimată la sala de naștere, suport respirator prin CPAP, au fost doar câteva din lucrurile de care s-a lovit Diana din primele ore de viață și care au determinat prognosticul minim de șanse la viață.

Nașterea prematură a fost traumatizantă și pentru mine și pentru ea, iar șocul emoțional mult prea mare, pentru care n-am fost deloc pregătită. Însă știam cu tărie un singur lucru, că doresc să o alăptez, orice s-ar întâmpla.

S-a încercat hrănirea cu lapte praf, prin gavaj, în primele ore de viață, însă a fost un eșec, deoarece nu l-a tolerat, starea continuând să i se altereze. Am încercat să las câteva picături de colostru într-un recipient steril de la TINN, în speranța că îi va fi dat la următoarea masă. Ceea ce s-a și întâmplat. Descurajată, și fără speranță că l-a acceptat, am întrebat totuși personalul medical, iar răspunsul acestuia m-a lăsat fără cuvinte. Fetița mea primise 1 ml de lăptic de la mine și l-a acceptat

*(tolerat). Acel 1 ml, a fost de departe, cea mai mare realizare pe care am simțit-o, și din momentul acela, perspectiva mi s-a schimbat total. Dacă ea poate să lupte așa, eu n-am nici un drept să fac altfel.*

*Am făcut rost de o pompă electrică, am căutat îndrumări despre cum să cresc și să mențin lactația, având în vedere că nu va putea fi pusă la sân în următoarele luni, și m-am apucat de treabă. Primele zile, am extras lapte din oră în oră, pe care îl depozitam la frigider, în recipiente speciale de lapte, urmând ca apoi să fie pus la congelator acasă, în cazul în care va fi nevoie când vom ajunge acasă. La fiecare vizită la TINN, din 3 în 3 ore, extrăgeam lapte și lăsam recipientul pe incubator. Din acel 1 ml, s-au făcut 2, și 3 și 20 ml.*

*Speranțele și încrederea mea creșteau simțitor, deși erau zile în care tot ce reușisem până atunci, se destrăma, deoarece starea ei se înrăutățea brusc. Dar asta nu mă descuraja total și continuam să extrag lapte foarte des, când cu pompa, când manual, convinsă fiind că asta e tratamentul "vital".*

*În două luni de zile, am făcut mastită de 3 ori, o dată a fost chiar groaznic. Am masat zeci de minute sânul*



*la chiuvetă, sub robinetul fierbinte, până am reușit să detensioneze. Plângeam încontinuu de durere, aveam impresia că mă torturez, dar nu pierdeam din ochi perspectiva: fetița mea va fi alăptată la sân, în ciuda greutății ei de la naștere (1450 gr.) și a mastitei mele.*

*Rezultatele nu au întârziat să apară. După câteva săptămâni de gavaj, a trecut la hrănirea prin biberon. Din păcate, faptul că era conectată la oxigen, încă slăbită și neputând să respire singură, nu mi-a permis să o pun la sân. După o lună de zile, am primit-o prima dată în brațe, și i-am oferit eu lăpticul magic prin biberon. Era un pas uriaș pentru amândouă!*





*După aproape 2 luni de zile, a venit și ziua în care am plecat acasă. Ea continua să fie hrănită cu lapte matern, dar prin biberon. Acasă, era momentul să o pun la sân, să o obișnuiesc așa, însă starea de sănătate nu prea i-a permis asta, deoarece obosea foarte repede și nu putea să tragă eficient. Mi-am promis eu mie, atunci când a acceptat acel prim ml de lapte, că va fi alăptată! Nu voiam să renunț. Cu ajutorul unei prietene, am pus în aplicare SNS-ul (sistem de nutriție suplimentară). Extrăgeam lapte cu pompa în biberon și cu ajutorul unui tubuleț subțire, se hrănea. Un capăt de tubuleț era în biberon, și celălalt era lipit chiar lângă mamelonul din care trăgea. Țineam biberonul cu o mână și pe ea cu cealaltă mână. O atașam la sân și ea trăgea.*

*Având sânul în guriță, se obișnuia cu asta, însă laptele îi venea mai mult și mai ușor prin tubuleț, până avea să fie suficient de puternică, să tragă singură din sân. Așa am ținut-o câteva zile, de foarte multe ori pe zi, având ritualul cu tubulețul.*





*După ce a reușit să se hrănească singură, direct de la sân, a fost un vis. Însă, suga extrem de mult, încontinuu, astfel încât, primul an l-am petrecut într-un fotoliu balansoar, cu ea pe piept, când eram acasă. Când ieșeam afară, o puneam într-un sistem de purtare ergonomic (wrap elastic sau țesut, adaptat vârstei ei) și o alăptam așa. Practic, era totul timpul "mufată" la sân. Era atât de senină, liniștită, când era la sân, încât se putea citi fericirea pe fățuca ei. Din păcate, prematuritatea a adus cu ea diverse probleme medicale, și din primii 2 ani,*

*am petrecut destul de mult timp în spitale. Nu știu cum ar fi reușit să suporte atâta spital, investigații și proceduri invazive, dacă nu era alăptatul la sân. Orice durere, frustrare, trecea alinându-se cu sânul.*

*Deși aveam suficiente voci în jurul meu, care-mi spuneau că laptele nu mai e bun la vârsta asta, că e apă chioară, că e prea mare deja, că e moft, etc, nu le-am dat atenție. A fost înțelegerea noastră nerostită, că va beneficia de sân, cât va dori ea și că se va desprinde, când va fi ea pregătită. Și s-a întâmplat la 5 ani și 3 luni. Prea mult, ar spune majoritatea, însă nu a fost prea mult. A fost fix cât a avut ea nevoie de liniștea asta, de atașamentul ăsta (de care a fost privată în primele luni de viață, stând singură în incubator, neputând să-mi audă bătăile inimii). Nu a fost nici moft, nici inutil, deoarece i-a conferit o dezvoltare emoțională suficientă pentru o evoluție frumoasă.*

*De pe la 5 ani, a început să sugă tot mai puțin, doar în momente de oboseală maximă, sau când era bolnavă. Astfel că și lactația a început să scadă, treptat. Ultima oară a supt la 5 ani și 3 luni, și mi-a spus că e fetiță mare, că nu mai vrea să sugă, dar să știu că a fost cel mai bun lăptic din lume! Acei 5 ani, deși grei, au fost minunați și memorabili.*

*Nimeni nu-mi va putea combate vreodată convingerea că Diana e atât de bine azi, și nu o legumă cum s-a preconizat, datorită faptului că a fost alăptată natural, că a primit din plin atașamentul de care avea nevoie prin asta, și că a fost purtată la piept mereu, asta conferindu-i siguranță și liniște.*





## SFATURI

**Autor: Dr. Claudia Dobocan,  
medic rezident neonatolog și consultant  
acreditat IBCLC în lactație și alăptare**

Laptele uman este cea mai bună opțiune pentru orice “Pui de om”, indiferent dacă este un nou-născut la termen sau unul prematur, indiferent dacă este un copil tipic, deplin sănătos sau unul aflat sub tratamente medicale, indiferent dacă este îngrijit în sânul familiei de acasă, sau în sânul la fel de iubitoareii familii din secția de spital. Iar dacă laptele provine de la aceeași mamă care a și născut puiul respectiv, atunci lucrurile stau la modul ideal. În țara noastră, băncile de lapte matern sunt la început de drum, așa că soluția laptelui donat este o raritate.

Vă invit să discutăm despre cum optimizăm producția și extracția de lapte matern, în cazurile în care copilul nu se poate alimenta direct de la sân și este dependent de reușita mamei de a-și extrage propriul lapte.

### **În rândurile ce urmează veți putea citi despre:**

- Pregătirea pentru extracția laptelui matern: curățarea instrumentelor, a mâinilor și a sânilor
- Extracția manuală, prenatală, a colostrului
- Primele ore de după naștere, o fereastră de oportunitate de neratat pentru eficientizarea lactației
- Tehnici pentru masajul manual
- Extracția propriu-zisă a laptelui: manuală și/sau la pompă
- Manipularea, păstrarea și transportul laptelui matern muls
- Sfaturi generale pentru o bună experiență de lactație și alăptare
- Tranziția de la gavaj la alimentație orală pentru puii de om din terapie



## I. PREGĂTIREA PENTRU EXTRAȚIA LAPTELUI MATERN: CURĂȚAREA INSTRUMENTELOR, A MĂINILOR ȘI A SĂNILOR

Cum ne pregătim pentru extracția laptelui? În primul rând, prin curățare și igienizare. Măinile trebuie spălate cu săpun, insistând pe vârfurile și buricele degetelor și sub unghii. Zonele de sub unghiile crescute și contururile care se formează prin ciobirea lacurilor de unghii sau prin creșterea unghiei naturale și care are construcții cu gel aplicate sunt incubatoare veritabile pentru creșterea microorganismelor patogene (cauzatoare de boli). Deși înțeleg foarte bine că pentru multe mame al căror nou-născut întâmpină probleme de sănătate, mersul la manichiură poate reprezenta un veritabil moment terapeutic, totuși ca medic nu pot decât să recomand ferm o manichiură simplă, cu unghii tăiate cât mai scurt și fără lacuri aplicate.



Pericolul de contaminare este foarte mare, iar unghiile crescute pot chiar răni pielea deosebit de sensibilă a copilului.

După spălare, drumul până la pompă ar trebui să fie cât mai scurt și direct, cu atingerea a cât mai puține obiecte și suprafețe. Atenție mare la clanțe și la întrerupătoare!

Pompa și recipientele ar trebui spălate cu detergent de vase, cu perii (chiar și o periuță de dinți nouă poate fi o variantă bună) și cu apă de la robinet. Ultima clătire ar fi bine să fie cu câțiva litri de apă fiartă, la temperatură cât mai mare. Puteți pune obiectele sus-menționate într-o sită de bucătărie și să turnați apa fiartă peste ele. Atenție să nu vă opăriți. Nu sunt necesare nici procurarea unui sterilizator sau a unei mașini de spălat vase, nici fierberea timp îndelungat a pieselor din plastic.

Fierberile le pot deteriora și modifica forma, astfel încât gradațiile să nu mai corespundă cu volumele reale, și le pot scurta durata de viață și de uz. Nu se vor folosi soluții de dezinfectare, iar uscarea se va face fie la aer, fie cu ajutorul unui servetel de hârtie. Rațiunea acestor manopere este micșorarea

contaminării bacteriene a circuitelor, a biberoanelor și a tetinelor, care ar însămânța laptele colectat. Rațiunea acestor manopere este micșorarea contaminării bacteriene a circuitelor, a biberoanelor și a tetinelor, care ar însămânța laptele colectat.

În secțiile de spital, obiectele sunt sterilizate în aparate speciale, performante.


Pentru spălarea sânelor nu există recomandare în literatură. Cu toate acestea, unele secții de maternitate sau de spital de pediatrie le cer această manoperă, mamelor. Recomandările corpului medical ar trebui luate ca atare și aplicate.

Femeile care pompează sau extrag manual lapte, pentru copii care nu sunt bolnavi, sau care au ieșit din perioada critică, pot renunța la spălările de dinaintea pomparei. Umezeala întreținută și uscăciunea produsă prin aplicări de săpunuri contribuie la formarea eroziunilor mamelonare. De rutină, zona sânelor, a mameloanelor și a areolelor se spală doar în timpul dușului zilnic. Se evită aplicarea spumei direct pe sâni, fiind suficientă doar clătirea cu apă.

## II. EXTRAȚIA MANUALĂ, PRENATALĂ, A COLOSTRULUI

Să începem chiar cu perioada de sarcină! Multe mame vor să știe ce pot face în perioada sarcinii pentru a avea lapte suficient după naștere. Răspunsul este că nu sunt necesare intervenții farmacologice sau mecanice anume, pe perioada sarcinii. Extracția placentei, imediat după nașterea copilului reprezintă triggerul lactației copioase.

Placenta secretă hormonul progesteron, inhibitor al hormonului prolactină. Cel din urmă este hormonul cârmuitor al primelor stadii ale lactației, iar progesteronul placentar nu face decât să inhibe lactația copioasă: dacă n-ar fi el, sânii femeilor gravide s-ar angorja și ar curge laptele pe toată durata sarcinii. Extracția placentei și scăderea titrurilor de progesteron deschid "robinetul" de curgere a laptelui.

A stylized, abstract illustration in shades of orange, brown, and beige. It depicts the upper body of a person, showing the head, shoulders, and arms. The hands are positioned as if holding or supporting something. The style is minimalist and uses soft, blended colors.

Interesant de menționat și din păcate, prea puțin popularizată în țara noastră, este extracția manuală prenatală a colostrului. Colostrul este acel lapte care apare primul în procesul lactației, unele femei constatând încă din sarcină că din sânii lor picură un “nectar” auriu și dens (atenție, dacă sunteți sau ați fost însărcinată, și nu ați avut scurgeri de colostru, acest lucru NU înseamnă că, nu veți avea, sau că nu aveți, o lactație eficientă și suficientă după naștere!).

## Există unele situații de sarcină în care se recomandă ca mamele să colecteze acest colostru încă din sarcină:

- Cazurile în care se prevede o naștere prematură, indiferent de motiv
- Sarcinile multiple, majoritatea urmând a rezulta în nou-născuți prematuri
- Mamele afectate de diabet de orice fel: tip 1 (genetic, "insulinodependent"); tip 2 (tip "adult"), cu sau fără necesitatea de tratament medicamentos; gestațional
- Mamele obeze, afectate de sindrom metabolic (sindromul ovarelor polichistice, obezitate)
- Mamele cu variante de forme anatomice de mamelon care pare a fi greu de prins de gurița unui nou-născut sau cele cu istoric de insuficiență a țesutului mamar secretant de lapte)
- Mamele care așteaptă un copil cu despicătură de buză sau de cerul gurii (cheiloschizis, gnatoschizis, palatoschizis)
- Mamele care așteaptă copii cu sindroame genetice ce pot implica slăbiciune musculară (ex: Sdr Down) sau afectare neurologică

- Mame care sunt programate a naște prin cezariană cu anestezie generală (în urma căreia ne putem aștepta la somnolență și slăbiciune și sedare, atât din partea mamei, cât și a copilului)
- Toate acele femei care se așteaptă să nu își poată pune nou-născutul la sân, imediat după naștere, din varii motive, precum circuitele sau protocoalele uneori prea restrictive din maternități.



Aceste categorii de gravide ar trebui să discute cu medicul obstetrician-ginecolog curant despre oportunitatea extragerii manuale a câtorva mililitri de colostru, zilnic, pe parcursul celui de-al treilea trimestru de sarcină. Cele mai recente cercetări din domeniu sugerează că această intervenție este perfect sigură, iar descărcările de oxitocină ocazionate de manipularea sânelor sunt de scurtă durată și în titru foarte mic, neputând induce contractilitate uterină, și deci, nereprezentând un factor de risc pentru o naștere prematură.

Mamele ar trebui să exprime sânul de maxim 3 ori pe zi, fie după un duș cald, fie după un masaj prealabil al sânelor (făcut cu mâinile curate). Volumul țintit este de cam 1-2 ml per sesiune, și ar trebui colectat în seringi cu acest volum (1-2 ml), care apoi să fie congelate, până la momentul nașterii, când vor fi aduse într-o geantă frigorifică la maternitate, astfel încât nou-născutul să primească, încă de la prima sa masă, colostrul atât de prețios.

Mai jos găsiți un link către un articol de limbă engleză, pe acest subiect:

**<http://brochures.mater.org.au/brochures/mater-mothers-hospital/antenatal-expression-of-colostrum>**



### III. PRIMELE ORE DE DUPĂ NAȘTERE REPREZINTĂ O FEREASTRĂ DE OPORTUNITATE DE NERATAT PENTRU EFICIENȚA ȘI SUFICIENȚA LACTAȚIEI!

Procesul lactației este dependent de intervenții MECANICE, și nu farmacologice. În cuvinte mai simple: bunul mers al lactației depinde, în proporția cea mai mare, de a stimula sânul prin masaj și prin extracția constantă a laptelui, și nu de remedii “de lactație” (pliculețe, ceaiuri sau alte formule). Este foarte important ca stimularea sânelui (masajele și extracția laptelui) să înceapă cât mai aproape de momentul nașterii. Prima oră este foarte importantă, însă nu întotdeauna este un interval de timp fezabil. Următoarele ferestre sunt cele de 3 ore și de 6 ore de la momentul nașterii. Nivelul actual al cunoașterii sugerează că dacă se depășește ultima fereastră de oportunitate (borna de 6 ore), scad considerabil șansele de a se obține o lactație suficientă și eficientă și probabilitatea de a îndeplini dezideratul alăptării exclusive (pentru 6 luni) și îndelungate (pentru 1 sau 2 ani, sau oricât de mult doresc mama și copilul).

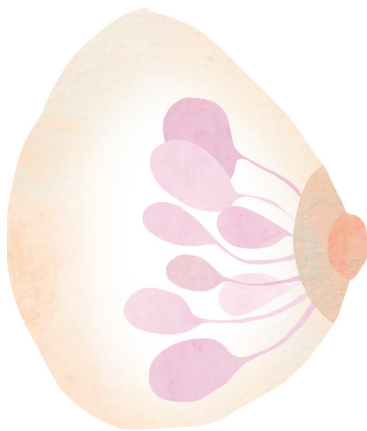
## Ce este de făcut!?

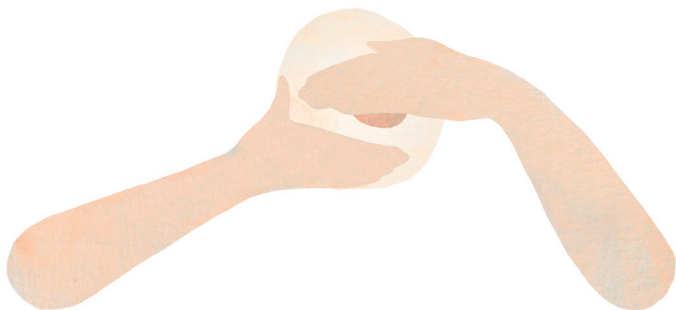
În primul rând, conștientizarea faptului că marea majoritate a intervențiilor pro-lactație stau în mâinile (la propriu!) femeilor lăuze, și chiar dacă protocoalele sau circuitele intraspitalicești nu sunt, de cele mai multe ori, un aliat al alăptării, fiecare mamă în parte poate lua soarta lactației în propriile mâini. Am folosit această metaforă ca introducere pentru masajul sânilor, una dintre cele mai eficiente tehnici de stimulare a sânilor pentru producția de lapte.

Stimularea manuală a sânilor trebuie să înceapă cât mai rapid posibil de la momentul nașterii, altfel se pierde timp prețios. Imediat ce femeia și-a revenit din anestezia post-cezariană sau din efortul de expulzie (iar acest lucru, de obicei, se întâmplă, în majoritatea cazurilor, în primele zeci de minute ce urmează actul nașterii), ea trebuie să înceapă eforturile active de masare a sânilor. Într-o situație ideală, mama își primește copilul nou-născut în aceste minute care încep să curgă după naștere, dar dacă, dintr-un număr foarte mare de motive, acest lucru nu se întâmplă, femeia trebuie să dea startul stimulării prin masaj a sânilor.

Poate și trebuie să facă acest lucru fie din salonul de lăuzie, fie din salonul de post-operator, fie din salonul de pe secția de neonatologie.

Sânii de lactație, pe de o parte, concurează cu însuși creierul uman la procentul din resursele metabolice folosit: 30%. Pe de altă parte, deși atât de activ metabolic, sânului îi lipsește musculatura scheletică, care să realizeze drenajul limfatic. În consecință, trebuie să venim cu masaj manual, cu scopul de a efectua drenaj limfatic și a eficientiza funcția secretorie.





## IV. TEHNICI PENTRU MASAJUL MANUAL

### Cum facem masajul!?

1. Folosind mâinile, în special palmele și buricele degetelor. Pentru ungere se poate folosi orice fel de ulei (inclusiv undelemnul de gătit, uleiul de măsline alimentar, uleiul de argan cosmetic sau uleiuri pentru bebeluși). Se toarnă doar o picătură de ulei în palmă, se freacă mâinile una de cealaltă pentru încălzire și se începe masajul.
2. Primul gest este masarea axilelor, acolo unde se află cele mai mari stații limfatice regionale. Cu cele cinci degete de la mână împreunate (cam ca un fel de semn al crucii ortodoxe, doar că se folosec toate cele 5 degete), se împunge axila (subrațul)

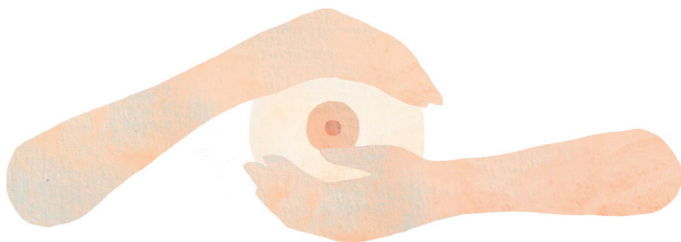
contralateral, printr-o mișcare ascendentă și ritmică, de câte 10-20 de ori per axilă.

3. Masajul sânelui trebuie să fie unul lejer, superficial, cu mișcări largi, prelungi, care să nu traumatizeze sânul. Nu vrem să frământăm un aluat! Cum spuneam, sânul de lactație devine un organ extrem de activ metabolic, așadar se va învîneți repede, de la mișcări prea apăsate, și va reacționa prin inflamație. Inflamația înseamnă umflare (tumor/edem) și atragere de fluide în țesuturile conjunctive, ceea ce va duce la obstrucția canalelor prin care ar trebui să curgă laptele. Urmările vor fi ceea ce popular se cheamă "canale înfundate", care se pot agrava spre mastită și/sau abces.

4. Scuturăm sânii (shake it!). Ne plecăm spre în față, astfel încât sânii să "atârne", și îi scuturăm "dezordonat". O altă variantă este "gimnastica sânilor": stând dreaptă, prindeți câte un sân cu una sau cu ambele mâini și mișcați-i pe loc. Cadența este centru-stânga-centru-dreapta-centru-sus-centru-jos-centru.

5. Mișcările de tapotare (lovire superficială și rapidă a sânelui cu buricele degetelor) au efectul de a retrimite în circulație eventualele fluide stagnante și de a ridica presiunea de pe unitățile secretante de lapte și de pe canale.

6. Mișcările de rulare: se cuprinde "corpul" sânelui între palme și se "roll-uește". Mâinile merg în sens opus una celeilalte.



7. Masaje punctiforme, circulare: cu buricele degetelor 2-3 (arătător și mijlociu), se masează pe loc, printr-o mișcare circulară; se insistă pe toate ariile indurate (întărite), mai ales pe cadranele exterior și inferior ale sânelui (părțile dintre subraț și de sub sân).

8. În caz de sân greu, edemațiat, angorjat, aplicăm tehnica "reverse pressure softening" (traducere aproximativă: "detensionarea prin aplicare de contrapresiune"). Deși poate suna pompos sau complicat la o primă citire, conceptul este, de fapt, foarte simplu. Poziția femeii este aceea întinsă pe spate. Se folosesc concomitent ambele mâini și se "tratează" ambii sâni. Femeia își aplică mâinile pe sâni, cuprinzând mamelonul (sfârcul) între degetele 2 și 3 (arătător și mijlociu) și menține presiune constantă pe areolă (porțiunea colorată de la baza mamelonului) cât numără până la 200 (cam 3-4 minute). Rezultatul urmărit este acela de a îndepărta fluidele acumulate în jurul mamelonului, și care "sugrumă" canalele prin care ar trebui să circule laptele.

9. Tot o tehnică de activare a drenajului limfatic, deși nu face parte din manopera masajului propriu-zis, este efectuarea de "flotări". Fie împingem contra unui perete, fie împingem palmă în palmă, cu mâinile împreunate în poziția "de rugăciune", la nivelul pieptului, fie șezând la masă, împingem cu palmele în blatul mesei.

## V. EXTRAȚIA PROPRIU-ZISĂ A LAPTELUI: MANUALĂ ȘI/SAU LA POMPĂ

Un concept deosebit de important, de reținut și de aplicat este acela că, în primele câteva zile de după naștere, atunci când lactația este în stadiul de colostru, pompele manuale sau electrice nu sunt eficiente pentru extracție, ci doar extracția manuală dă rezultate.

Colostrul este primul lapte produs, atât la om, cât și la restul mamiferelor. Este o substanță foarte densă, aurie, de aspect și de consistență asemănătoare nectarului florilor. Este cea mai concentrată în nutrienți hrană pe care o poate consuma omul (sau alt mamifer) în cursul vieții. Fiind foarte dens, redus cantitativ și concentrat, colostrul aderă la canalele din sân și nu poate fi extras prin suțiuinea pompei. Însă poate fi eficient extras prin mulgere manuală.

### **Câteva sfaturi cheie pentru mulgerea manuală:**

1. Poziția mamei presupune ca toracele să fie drept, eventual puțin aplecat înainte. Acest lucru se obține când mama stă în șezut.



2. Înainte de a se tenta exprimarea laptelui din sân, este bine să se aplice câteva mișcări de stimulare prin masaj (prezentate la punctul anterior).



3. Sânul nu se mulge printr-o mișcare de tracțiune, ci prin compresia țesuturilor. Se folosesc degetele 1 și 2 (degetul mare și arătătorul), care să formeze un "U". Se folosește mâna contralaterală (opusă) sânului, iar buricele degetelor se așează la distanță de 1-2 cm de marginile colorate ale areolei. Punctele a căror apăsare evidențiază laptele cel mai evident sunt proprii fiecărei persoane, așa că este o chestiune personală, de auto-explorare, să le găsiți.

Întâi se apasă înspre torace, iar apoi se apropie degetele (mișcarea de "stoarcere" propriu-zisă se efectuează după ce sânul a fost comprimat spre torace). Se eliberează.

4. Cel mai probabil, picăturile de colostru nu vor apărea la prima mișcare, așadar este importantă repetiția: câteva mișcări "compresie-stoarcere" (2-3) la un sân, apoi se trece la celălalt, revenindu-se la primul, și tot așa, până ce laptele începe să apară.

5. Colostrul este redus ca volum, ținta fiind de o linguriță - 5ml - per extracție. Se strânge în seringi sau în recoltoare de analize, astfel încât să fie ușor de recuperat. În sticla de la biberon este posibil să se piardă din produs, fiind foarte aderent la pereții vasului.

Mai jos aveți un link către un clip care demonstrează tehnica extracției manuale:

**<https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/hand-expressing-milk.html>**



## Cât de des să masăm și să mulgem sânul!?

Masajul, stimularea manuală a sânilor, este bine a fi făcută cât mai des: oricând mama prinde ocazia. Ocazii sunt atunci când vă aflați în intimitatea toaletei (cu condiția ca mâinile să fie curate!), în timpul dușului, atunci când țesuturile sunt înmuiate de căldura apei și a aburului sau chiar atunci când vă aflați în salonul de spital, aceasta fiind o bună ocazie de a le prezenta și colegelor de salon tehnicile acestea foarte prețioase în economia lactației!

Mulgerea sânilor este bine a fi efectuată cât mai des posibil. Se pare că numărul mediu de supturi pe care îl are un nou-născut în primele sale ore și zile de viață se învâрте în jurul cifrei 11. Copiii foarte mici sug des și scurt, iar cele mai bune rezultate apar atunci când intervențiile noastre sunt în armonie cu ritmurile naturale. Așadar, sesiunile scurte și dese de muls sunt cele mai de dorit. Este bine să nu treacă mai mult de 3 ore între începutul unui muls și startul următoarei sesiuni. O tentativă de extracție manuală poate dura 5-7 minute. Pe timpul nopții este bine să se urmărească două exprimări de lapte matern.

## Când trecem la pompa electrică!?

La cam 48 de ore de la naștere, sau când începe lactația copioasă, stadiu fiziologic cunoscut popular ca "venirea" sau "furia" laptelui. Femeia simte senzația de plin a sânelui, aceștia se îngreunează și se întăresc la consistență.

## Câteva considerente importante legate de folosirea pompelor:

1. Pompele manuale sunt puțin eficiente și sunt produse și vândute cu indicația de a fi folosite de către mame care alăptează la sân, pentru situațiile rare în care trebuie să lase volume mici de lapte muls.
2. Sunt recomandate pompele electrice. Cele duble asigură o eficiență mai mare a stimulării și ajută la reducerea timpului de muls.
3. Este importantă dimensiunea pâlniei! Deși 9 din 10 femei se vor descurca onorabil cu pâlnia de dimensiune standard (cea care este inclusă de producător în pachet), unele vor avea nevoie de una mai mare sau, din contră, de un reductor de silicon.

O pâlnie este potrivită ca dimensiune dacă între mamelon și tub rămâne un mic spațiu, astfel încât să nu existe abraziune în sucțiune. Este prea mică

dacă mamelonul umple tot spațiul disponibil și prea mare dacă, în suțione, cea mai mare parte din areolă este atrasă pe tub. Nu trebuie să existe durere mamelonară la activarea pompei!

4. Majoritatea pompelor electrice au cicluri predefinite. Încep cu un mod scurt de stimulare a reflexului de ejecție, ce constă în câteva suționi scurte și rapide.

Apoi comută pe un mod de extracție, cu suționi mai lungi și mai susținute și mai rare. Acestea sunt proiectate a replica felul în care un sugar stimulează sânul.

Vacuumul, puterea de suțione, este foarte importantă! Este de dorit ca aceasta să fie setată la mai puțin de jumătate din maxim. O suțione prea puternică nu va face decât să colabeze (închidă) canalele din interiorul sânelui.

5. Înaintea aplicării pompei, este bine ca sâni să fie stimulați prin masaj, alegându-se câteva din mișcările prezentate anterior.

6. Poziția femeii care pompează este în șezut, cu toracele ușor aplecat înainte, astfel încât și gravitația să contribuie la extracție și la detensionarea țesuturilor.

7. Pomparea este un proces activ, care necesită atenția și implicarea celei care îl face: mâinile, atenția și ochii trebuie să fie la sân. "Hands on pumping" se referă la masarea și comprimarea sânelui cu mâna în timpul pompării. Acest lucru poate dubla volumul de lapte obținut, minimiza timpul petrecut la pompă și maximiza eficiența stimulării și activarea lactației. Este nevoie să fiți cu ochii la sân, astfel încât să corelați vizual punctele comprimate și eficiența ejecției laptelui. Acordați atenție în special zonelor indurate (de consistență crescută) de la nivelul sânelui, și mai ales sectorului de sub sân, care are în general parte de cea mai slabă stimulare.



8. La finalul sesiunii de pompat, îndepărtați pâlnia pompei și continuați preț de încă 2-3 minute, exprimând manual laptele din sân, direct în recipientul de colectare. Acest lucru are două efecte pozitive foarte valoroase: pe de o parte, s-a dovedit că contribuie în mod deosebit la stimularea lactației și, deci, la maximizarea producției de lapte, iar în al doilea rând, ajută la extracția valului de lapte celui mai gras și mai valoros din punct de vedere nutrițional ("laptele de final" sau "hindmilk").

Mai jos găsiți un link către un clip educativ despre eficientizarea mulgerii cu pompa:

**<https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/maximizing-milk-production.html>**



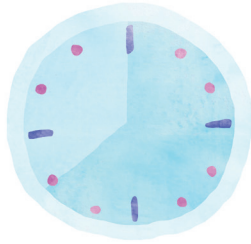
## VI. MANIPULAREA, PĂSTRAREA ȘI TRANSPORTUL LAPTELUI MATERN Muls

Am discutat despre optimizarea extracției laptelui matern. Dar ce este de făcut cu acest aliment viu și deosebit de prețios, dacă nou-născut are nevoie, în primele sale zile, de alimentație parenterală, adică prin perfuzii sau catetere!?

Laptele matern matur se va colecta în sticlele (biberoanele) speciale ale pompei, apoi se va transfera în pungi speciale de colectate a laptelui matern. Colostrul, fiind în volum redus și aderent la suprafețe, se va colecta în recipiente mici astfel încât să nu se piardă. Se pot folosi seringi de volum mic (de la 2 la 10 ml), cărora li se atașează acul, în teacă, și care se refrigerază sau congelează direct. Orice alte variante ar influența concentrația nutrienților și viabilitatea celulelor. Este important ca seringile sau pungile să fie notate cu data extracției laptelui, folosind un marker negru, gros și rezistent la apă.

Teoretic, laptele matern poate fi păstrat în siguranță la temperatura camerei (atunci când aceasta este sub 30 de grade Celsius) pentru circa 8 ore. Descoperiri mai recente arată stabilitate chiar





mai îndelungată. Cu cât temperatura ambientală este mai mică și cu cât recipientele, mâinile și mediul sunt mai curate, cu atât este mai sigură păstrarea.

În frigider, laptele poate fi păstrat 1-2 zile (maxim 48 de ore). Se poate face stratificarea laptelui: se toarnă în același recipient, lapte rezultat din mai multe mulsuri, efectuate într-o fereastră de 1-2 zile. Pentru copiii foarte prematuri sau foarte bolnavi, laptele refrigerat ar trebui fie folosit, fie congelat, în maxim 24 de ore. În frigider, ar trebui folosit raftul cel mai de sus, partea cât mai apropiată de spatele frigiderului, dar fără a o atinge. Ar fi de preferat ca recipientul cu lapte să fie pus într-o cutie sau o pungă de alimente, sigilabile. Rețineți, frigidererele sunt medii foarte contaminate bacterian!



După acest interval, de 1-2 zile, laptele trebuie congelat. Se va pune în pungi speciale de colectare a laptelui matern, care se vor umple doar până la linia de "maxim" și care se vor sigila cu grijă, apăsând sistemul special. Se vor depozita pe cât posibil, vertical, și pe cât posibil, într-un sertar eliberat de alte provizii. Studiile arată că laptele astfel păstrat este bun și după 6 luni.

Transportul laptelui congelat către secția de spital (sau către alte destinații) se va face într-o geantă frigorifică, alături de o baterie specială, congelată. Este important ca transportul să ajungă la

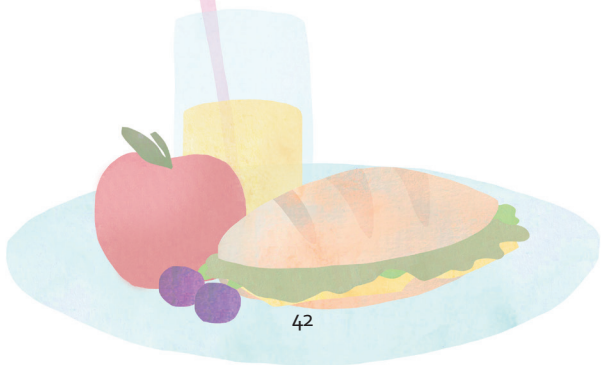
destinație congelat, pentru că laptele dezghețat nu se va mai recongela. Pungile care s-au desfăcut și din care a curs parțial conținutul, se aruncă.

Decongelarea în vederea folosirii se face lent: pungile se mută din congelator în frigider, unde se vor lichefia într-o zi. Lichidul se încălzește lent, nu prin procesare termică directă, ci prin ținerea pungii într-un bol cu apă caldă. Înaintea mutării în biberon, pungile se agită bine, astfel încât fracțiile nutritive să se omogenizeze și componentele aderate la pereții pungii să se redizolve în fracția lichidă. În mediile spitalicești, aceste manopere sunt în sarcina personalului medical.



## VII. SFATURI GENERALE PENTRU O BUNĂ EXPERIENȚA DE LACTAȚIE ȘI ALĂPTARE

1. Nu există alimente eminemamente interzise în lactație. În cantități rezonabile (sănătoase pentru un adult sănătos și normal dimensionat), orice este permis. Se vor reduce la minim consumul de stimulante (cafea cu cafeina, ciocolate cu conținut mare în cacao, băuturi tip "cola", ceaiuri negre, verzi, albe), de alcool, de tutun.
2. Femeia care alăptează necesită doar 500 de calorii în plus, față de media celor 2000 necesare zilnic unui adult de dimensiuni medii. Ideea "populară" că mama trebuie să mănânce cât pentru doi este una greșită, conducând de multe ori la obezitate (care poate compromite lactația și alăptarea). 500 de calorii, orientativ, se pot obține



dintr-un sandviș mai mare (baghetă cu carne și cașcaval).

**3.** Consumul de lichide din perioada alăptării: în general, în primele zile și săptămâni de la naștere, mamele simt mai intens și mai des senzația de sete; este bine să bea atât cât simt nevoia. Ceaiurile de lactație, deși atât de mult recomandate, nu au efecte pozitive notabile. Recomandarea este ca, dacă mama dorește (însă nesperând la un efect surprinzător), să bea maxim două căni de ceai pe zi. Se pare că un consum prea mare poate, în mod paradoxal, să inhibe lactația. Orientativ, 40 ml/kgcorp/zi de lichide este un volum potrivit pentru orice individ (ex. greutate corporală 50 kg:  $40 \times 50 = 2$  l lichide/zi).

**4.** Un remediu farmacologic eficient în hipogalactie (volum de lapte insuficient), atunci când s-a certificat că o stimulare maximală și eficientă a sânului nu produce efectele dorite, este domperidona. Acesta este un medicament, și trebuie prescrisă de un medic cu experiență în folosirea ei în lactație. Deși eficientă pe partea de alăptare, poate produce efecte adverse precum achiziții ponderale considerabile (îngrășare), depresie și labilitate emoțională, iar înaintea

recomandării tratamentului, trebuie excluse tulburări de ritm cardiac, atât în istoricul personal, cât și în cel familial.

5. Împrejurările în care pompează mama sunt importante, căci ejecția laptelui din sân este dictată de un hormon numit oxitocină, substanță aflată sub controlul emoțiilor. Astfel, mama, dacă nu este lângă puiul ei, poate avea la ea o hăinuță purtată de bebeluș, impregnată cu mirosul lui, sau poate privi un filmuleț sau o poză cu bebelușul.

Puteți cere un masaj "oxitocinic", în lungul spatelui, paralel cu coloana vertebrală. Dacă vă aflați în spital, puteți să vă oferiți una, celeilalte, mamele-colege de salon, astfel de masaje.

6. Durerea mamelonară poate inhibă ejecția laptelui. Pomparea prelungită poate conduce la leziuni de abraziune (frecare), atunci când tubulatura pompei nu este cea potrivită ca dimensiune sau dacă forța de sucțiune este prea mare. Între pompări, uscați bine sânii, purtați-i la aer, aplicați pe mameloane un strat subțire de "creme de scutec", acelea albe, bazate pe oxid de zinc și, eventual, lanolină, pe care le veți șterge cu un prosop uscat, înainte de următoarea alăptare/pompăre/extracție manuală.

- 7.** Ritmul de mulgere trebuie să încerce să reproducă pattern-urile de supt ale nou-născuților: aceștia sug des. Este foarte important să inițiați mulsuri cât mai des (intervalul maxim să fie de 3 ore între inițierea unei sesiuni de muls și inițierea următoarei). O sesiune de muls poate dura între 5 și 15 minute. După maxim un sfert de oră de muls "hands on", de obicei, nu mai există eficiență la extracția laptelui.
- 8.** Somnul și odihna sunt deosebit de importante! Încercați să aveți 7-8 ore de somn, concentrat noaptea. Este important ca o repriză de somn să aibă un multiplu de 1,5 ore, pentru buna integrare neurologică a ciclurilor de somn.



## VIII. TRANZIȚIA DE LA GAVAJ LA ALIMENTAȚIA ORALĂ

Pentru hrănirea nou-născuților prematuri sau a celor care necesită asistență medicală complexă, așa cum descrie nivelul cunoașterii actuale, este nevoie de susținere complexă și de aplicarea unor tehnici speciale. Părinții pot și trebuie să participe activ la toată gama de îngrijiri acordată nou-născutului, implicându-se într-un proces de învățare teoretică și practică, gradual și extins în timp. Nu trebuie să uităm, cadre medicale sau părinți, că cel care dictează ritmul îngrijirii trebuie să fie mereu copilul.

Mulți nou-născuți cu nevoi speciale (prematuri, bolnavi sau prematuri și bolnavi) vor începe a fi hrăniți pe cale parenterală, adică prin injectarea unor cocktailuri nutritive complexe pe calea unui vas sanguin. Această perioadă impactează, din punct de vedere emoțional, foarte puternic, părinții: trupurile miniaturale ale copiilor lor sunt conectate la un păienjenis de fire și de tubulatură, iar firele ce transportă amestecurile nutritive sunt umplute cu substanțe lăptoase sau chihlimbarii, fiind învelite în teci de staniol pentru protecția contra luminii a nutrienților sensibili sau instabili.



Părinții trebuie să înțeleagă faptul că ceea ce primesc ai lor copii sunt formule foarte precis calculate și adaptate nevoilor lor de moment, fiind readaptate zilnic sau la câteva zile.

Pe cât de curând o va permite starea clinică a copilului, echipa medicală va încerca administrarea unor volume crescătoare de lapte (preferabil lapte matern, de la propria mamă sau de la o mamă donatoare, acolo unde spitalul beneficiază de bancă de lapte matern), începând cu doar câțiva mililitri, întâi pe calea unei sonde de gavaj, apoi direct pe gură. Sondele de gavaj (sinonime: sonde de alimentație, sonde nazo-gastrice) sunt niște tuburi din material elastic și moale, foarte subțiri, care se inserează pe nas sau pe gură, până în stomacul copilășului.





Hrănirea prin tub de gavaj este o etapă de tranziție, pe care cadrul medical supraveghetor o va folosi doar atât cât este strict nevoie, intenția fiind tranziția sănătoasă, prietenoasă și adecvată ca lungime de timp, spre alimentația pe gură. Există instanțe în care copilul nu a reușit să obțină autonomia completă a alimentării orale, însă externarea și integrarea în cămin și în familie sunt în avantajul superior al tuturor. În aceste situații, părinții încep a fi antrenați din timp, pe durata spitalizării, pentru a deprinde manevrele de

montare și de scoatere a sondelor. Tuburile pot fi montate și apoi extrase cu ocazia fiecărei mese, sau pot fi lăsate pe loc o perioadă mai lungă de timp. Perioada cât pot fi păstrate ține de semnele de bunăstare sau, din contră, de disconfort, ale copilului, părintele fiind educat de către echipa de îngrijire despre ce anume să urmărească. Sunt două modalități de a admistra lapte prin gavaj: fie gravitațional, fie injectând lent, activ, volumul de hrană.

Gavajul gravitațional presupune suspendarea recipientului cu lapte (cel mai frecvent, seringă plină, fără piston atașat) conectată la portul tubului. Seringa fie este susținută de către persoana care hrănește, deasupra capului copilului hrănit, fie este suspendată printr-un sistem de legare (improvizat foarte facil din rolă de fașă - "tifon"), prins de partea superioară a consolei radiante.

Avantajul gavajului gravitațional este pasivitatea umplerii stomacului copilului și neforțarea unei distensii gastrice bruște. Laptele se va transfera lent din seringă în stomac, în ritmul absorbției și transferului gastric spre duoden, nedepășind

capacitatea de distensie a pereților musculari ai stomacului și scăzând riscul de reflux gastro-esofagian. Refluxul comportă riscul inducerii unui dezechilibru cardio-respirator acut, ce poate impacta și neurostabilitatea nou-născutului vulnerabil. Tot refluxul gastro-esofagian aduce cu sine riscul de aspirație pulmonară a conținutului, pericolul fiind pneumonia chimică, ce se poate coloniza bacterian. Distensia gastrică ("umflarea stomacului") prea mare și bruscă poate induce, prin alterarea topografiei anatomice locale ("apăsarea pe alte organe"), tulburări de ventilație sau de ritm cardiac.

Gavajul activ, efectuat prin conectarea unei seringi cu lapte, cu pistonul păstrat, la portul sondei, volumul de lapte fiind livrat activ, prin injectare, cu un ritm și într-un timp aflat sub controlul celui ce manipulează echipamentul, mărește riscul evenimentelor adverse anterior descrise, putând crea și o distensie gastrică inconfortabilă sau dureroasă pentru copil. Disconfortul sau durerea sunt evenimente adverse pe care actuala medicină a prematurității încearcă să le preîntâmpine activ, cunoscându-se impactul lor nefast asupra sistemului neuro-psihic imatur.

Atunci când nou născutul dă semne de stabilitate a parametrilor vitali, acesta poate fi hrănit fie direct în cuibul său, fie în afara pătuțului de terapie intensivă.

Din păcate, poziția de hrănire cel mai des folosită în spitale este departe de a fi și cea mai avantajoasă pentru copil. În unele spitale, copiii mici sunt suspențați la 30 de grade, cu partea superioară a spatelui și cu capul pe antebrațul și în palma celui ce oferă hrana. Șezutul rămâne în pătuț, iar brațele atârnă în spatele copilului. Această postură poate duce la formarea unei tensiuni patologice la nivelul centurii scapulare (a umerilor), întrucât prematurii,



copiii de greutate foarte mică sau cei bolnavi sunt lipsiți de tonus muscular și sunt incapabili să lupte cu gravitația, sau să câștige această luptă.

Tensiunile musculare din perioada neonatală (din cauza unei poziționări proaste în incubator sau din cauza unei poziționări proaste la hrănire), se pot transforma în copilărie, la distanță mare de momentul la care s-au produs, în posturi vicioase ale micuțului, în restricționarea gradului de libertate a mișcărilor brațelor și a spatelui, în dificultăți de a efectua mișcări fine, coordonate sau chiar în tulburări de comportament și în imposibilitatea sau întârzierea autoreglării emoționale. Alternativele sunt mai comode pentru ambele părți (îngrijitor și copil) și sunt prezentate în cele ce urmează.

## **1. Postura în pătuț/ incubator/masa radiantă**

Bebelușul stabil și manevrabil este de preferat a fi poziționat pe lateral, pe partea stângă (partea stomacului). Aceasta ajută fluxul gastric. Cei care nu pot fi întorși, vor rămâne pe spate. Este recomandat ca planul să fie înclinat, mai sus la cap. Bebelușului, a cărui gură este liberă de aparatura de susținere a funcțiilor vitale este bine ca,

concomitent administrării gavajului, să i se ofere spre a suga fie un deget, fie o suzetă, înmuiate în lapte matern. Acest lucru ajută la întipărirea unei asocieri favorabile între mișcările de supt, gust și senzația de sațietate și activează mișcările stomacale și intestinale care progresează digestia (reflex peristaltic gastro-colic).

Stimularea gurii copilului este o parte foarte importantă a antrenamentului pentru supt! Atingerea pielii din jurul gurii și a zonelor din interiorul acesteia duce la activarea unei serii de reflexe înnăscute, care dictează orientarea spre stimul, prinderea tetinei, a degetului sau a sânelui oferite, suptul acestora și, eventual, înghițirea hranei oferite. Reflexul de supt apare, în dezvoltarea intrauterină, în jurul săptămânilor 26-28 și se definitivează între săptămânile 32 și 36 de sarcină. În viața intrauterină, feții își sug mânuțele, cordonul ombilical, buza inferioară, fapte relevate de ecografiile moderne sau chiar prin observație clinică: există nou-născuți veniți pe lume cu "bătăături de supt" pe mânuțe.

Pe de altă parte, calitatea reflexă, automată, a acestei funcții se pierde în jurul vârstei de 2-3 luni

de viață, așadar micuții care nu vor reuși această deprindere până atunci, vor trebui să investească mai mult timp și efort în perfectarea procesului, acesta rămânând strict o chestiune de antrenament fizic. Copiilor născuți foarte prematur le poate lipsi de tot acest reflex, sau le poate lipsi "finețea" lui.

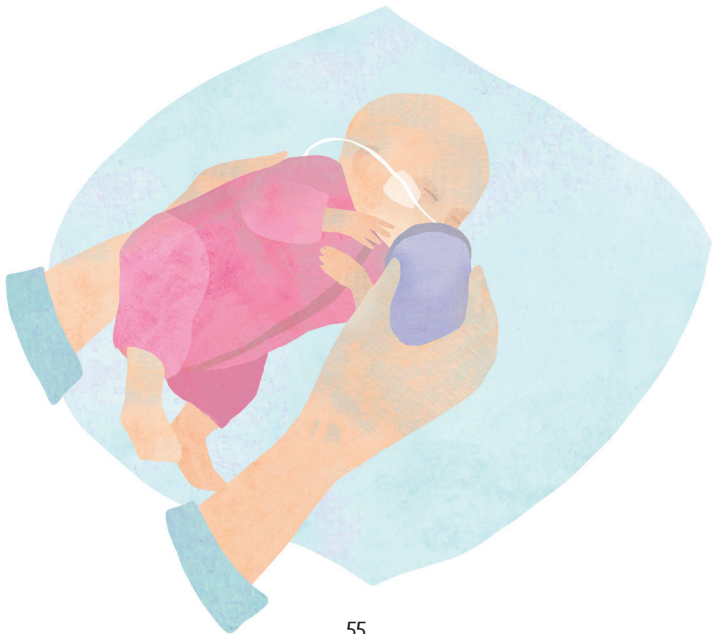
Pentru a se alimenta eficient pe calea guriței, micuții au nevoie nu doar să susțină mișcări de supt, ci și să înghită hrana. Atunci când volumul de lapte stimulează receptorii din faringe, un alt reflex dictează deglutiția (înghițirea). Este esențială coordonarea înghițirii cu respirația, astfel încât efortul de deglutiție să nu inducă o pauză prea lungă în respirație. Coordonare supt-înghițit-respirație este o integrare specifică perioadei de după 30 de săptămâni de gestație, așadar prematurii extremi pot întâmpina dificultăți sau întârzieri în obținerea ei. Un fapt foarte important de menționat este că viteza sau natura dezvoltării care ar fi trebuit să aibă loc în interiorul pereților uterini nu pot fi egale în viața extrauterină, dar mimarea condițiilor fetale, prin ajustarea calității îngrijirilor, asigură cele mai bune rezultate omeneste posibile, foarte aproape de cele ocazionate de purtarea până la termen a sarcinii.



## 2. Hrănirea în brațele sau pe genunchii îngrijitorului

O altă postură în care copiii pot fi alimentați este în brațele părinților lor. Există mai multe variante:

**A.** Părintele sau îngrijitorul stă pe un scaun, cu picioarele pe un înălțător (poate fi o scăriță sau chiar un teanc de cărți). În poale ține o pernă



potrivită ca dimensiuni, preferabil, cât mai plată și ușor rigidă, astfel încât micuțul să nu se "scufunde" în ea. Copilul este poziționat pe lateral stânga, capul înspre genunchi, șezutul înspre abdomenul celui care îl hrănește. Adultul ține recipientul de gavaj. Această poziție poate fi folosită și pentru hrănirea din biberonul cu tetină. Biberonul trebuie ținut paralel cu planul pernei, vârful tetinei să țintească cerul gurii copilului, nivelul laptelui să nu depășească jumătate din diametrul siliconului.

**B.** Copilul ținut pe o pernă de alăptare, cu fața în dreptul sânelui mamei, eventual atașat la



mamelon. Gavajul se poate administra în timpul în care nou-născutul suga la sânul deja muls al mamei. În acest mod, micul pacient își poate cabla asociații neuro-psihe legate de integrarea distensiei gastrice și a senzației de sațietate, poziția caracteristică de la sân, căldura pielii mamei și sunetul bătăilor inimii sale, mecanismul propriuzis al suptului, senzațiile plăcute de la nivelul gurii. Copiii mici sug mai viguros și mai integrat atunci când li se oferă ceva spre a prinde cu mânuțele. Acest ceva poate fi chiar degetul părintelui sau o jucărie de pluș de formă alungită (o caracatiță cu tentacule).

### 3. Îngrijirea tip Cangur (piele-la-piele)

Copiii stabili, din secțiunile cu experiență în această practică, pot fi alimentați în sistemul de îngrijire tip Cangur. Acesta presupune așezarea micuțului dezbrăcat pe pieptul descoperit al mamei sale, între sânii acesteia, într-o postură verticală. Este bine să petreacă în această postrură cel puțin o oră pe zi, timp în care poate fi ventilat și în care poate primi o masă prin gavaj. Avantajele sunt multiple: contactul piele la piele echilibrează parametrii cardiovasculari, termoregleaza, susține digestia, ajută neuro-psiho-reglarea.

## Alte considerente importante

1. Modalitatea de hrănire prin gavaj poate fi menținută concomitent cu alimentația pe cale orală. Renunțarea la gavaj și trecerea la hrănirea exclusiv pe gură este o decizie medicală, pe care doctorul ce îngrijește copilul o va lua la momentul oportun. Există situații când, după momentul luării acestei decizii, se constată insuficiența sau ineficiența hrănirii exclusiv orale, caz în care se va reinstitui gavajul. Această eventualitate nu trebuie privită ca un eșec sau ca un pas înapoi, ci ca un mod de asistare a evoluției copilului, în strâns acord cu capacitățile sale de moment.

2. Natura stimulilor la care sunt supuși nou-născuții în cadrul primelor interacțiuni cu viața din afara pântecului, au impact foarte mare asupra "hărții mentale a lumii extrauterine " pe care ei și-o schițează. Contează foarte mult calitatea acestora. Disconfortul, durerea, invazivitatea manevrelor pot crea cablaje neuro-psihologice nefavorabile. Prezența sondelor de gavaj, de aspirație, de intubație, a circuitelor pentru perfuzii, gustul materialelor și al substanțelor, pot crea fenomene de aversiune orală. Înțelegând

importanța vitală a acestor tratamente și imposibilitatea renunțării la veunul din ele, putem să le facem mai tolerabile. Este important ca nou-născutul să simtă cât mai curând și mai des gustul dulce al laptelui matern. Laptele uman este printre cele mai dulci din natură! Toaleta gurii micuțului poate fi făcută cu feșe sau cu tampoane înmuiate în lapte matern, i se pot pune materiale îmbibate în lapte, astfel încât copilul să aibă acces la mirosul acestei substanțe remarcabile. Pielea din jurul gurii și mucoasa din interiorul acesteia pot fi desfătate cu atingeri fine, plăcute, menite a desensibiliza această arie și a "rescrie o poveste" despre o stimulare iubitoare, blândă, peste aceea a instrumentării cu sonde și aspiratoare invazive, dar necesare.



3. Statusul mental și emoțional al părinților este un pilon central al îngrijirii bazate pe nucleu familial. Stresul, teama, deznădejdea, oboseala extremă, senzația de a fi ajuns la saturație, la “fundul sacului cu emoții pozitive” sunt absolut firești, omenești și ating fiecare familie de prematur sau de copil bolnav. Sentimentele negative nu trebuie să rușineze, ele trebuie acceptate și trăite ca atare. Contactul prelungit cu micuțul bolnav are meritul de a crea legături de atașament, de iubire, între părinți și copil. Este firesc ca primele senzații ale părinților să fie unele de lipsă de familiaritate (“alien” = extraterestru), de distanță, atașamentul părintelui pentru copil nefiind o senzație magică, îmbătătoare și instantanee, așa cum societatea și rețelele sociale o descriu, ci fiind un proces gradual, facilitat prin contact și cunoaștere. Este perfect ok ca fiecare mamă, tată, bunic să se “îndrăgostească” de nou-născut într-un ritm unic, unii mai repede, alții după mai multe zile sau săptămâni de cunoaștere.

Încurajăm mamele și alți îngrijitori din familie să își ofere timp și răbdare cu nou-născutul și cu sine, timp pentru crearea unei legături naturale și autentice. Emoțiile negative nu trebuie reprimare, iar solicitarea unei intervenții psihoterapeutice

trebuie privită ca pe o dovadă de normalitate și de eficiență a mecanismelor proprii.

Cu speranța că sfaturile enumerate vă vor fi de folos, semnează Dr Claudia Dobocan, medic rezident neonatolog și consultant acreditat IBCLC în lactație și alăptare.

Aștept întrebările și/sau comentariile dvs. pe adresa de e-mail:

[claudiadobocanog@gmail.com](mailto:claudiadobocanog@gmail.com)



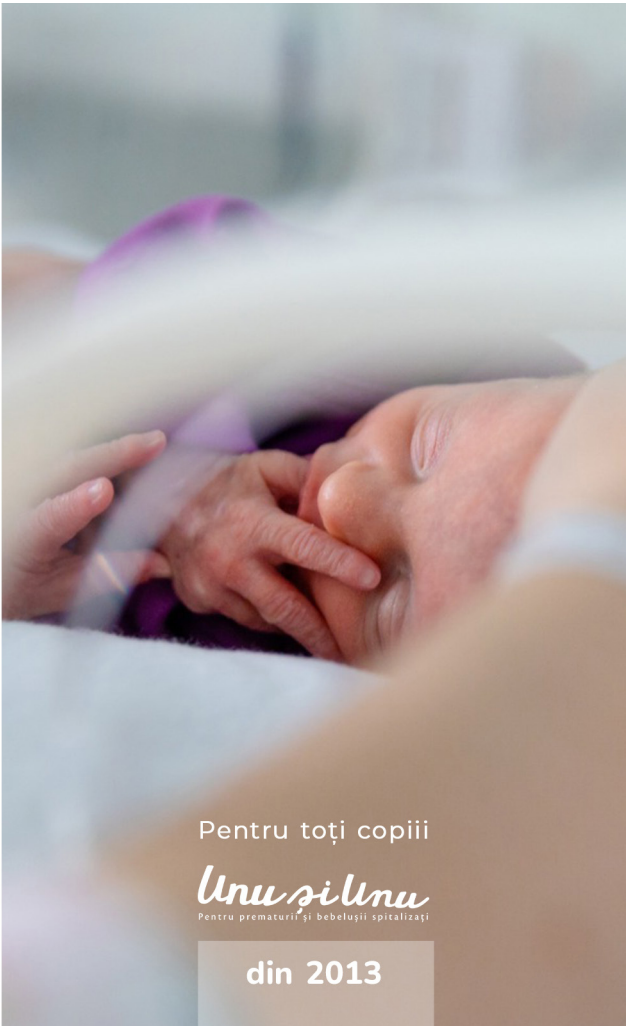


# ARNIS

**Asociația Română pentru  
Nou-născuții Îndelung Spitalizați**

**Misiunea ARNIS** este de a îmbunătăți sănătatea nou-născuților îndelung spitalizați din România prin proiecte de prevenție, informare și educare a societății civile privind nașterea înainte de termen, implementarea principiilor Family Centred Care în terapiile intensive neonatale și alinierea Standardelor naționale la nivelul Standardelor Europene de îngrijire elaborate de EFCNI, precum și oferirea de suport familiilor lor în procesul de recuperare medicală al copiilor, până la vârsta de 18 ani.





Pentru toți copiii

*Unu și Unu*

Pentru prematurii și bebelușii spitalizați

din 2013

## Sprijiniți proiectele Asociației ARNIS

### Pui de om în terapie

Sprijină proiectul *Pui de om în terapie*, pentru ca părinții și copiii îndelung spitalizați să fie împreună din prima clipă!

Bebelușii din terapie intensivă au nevoie să fie îngrijiți de părinții lor la fel de mult ca cei născuți la termen. Studiile recente și exemplele de bună practică au arătat că prezența părinților în terapie intensivă este benefică puiului din incubator!

În cadrul proiectului *Pui de om în terapie*, ARNIS organizează cursuri pentru echipa medicală și oferă donații de materiale și echipamente pentru realizarea unei îngrijiri care să susțină o bună dezvoltare neurologică a nou-născutului îndelung spitalizat (Family Centred Care).



*Pui de om în terapie*

## Centru EDU pentru părinții cu prematuri

Proiectul Centru EDU de resurse pentru părinții cu prematuri are ca scop informarea și educarea părinților cu ajutorul cadrelor medicale, pentru creșterea calității îngrijirii medicale a copilului îndelung spitalizat la naștere.

În acest Proiect se regăsesc și 14 seminariile video realizate între 2017-2024, cu informații transmise pe înțelesul părinților, o serie de articole despre diagnostice, metode de îngrijire și recuperare, broșuri realizate cu ajutorul specialiștilor și materiale informative internaționale, traduse în limba română. Proiectul este în continua creștere, căci dezvoltăm în fiecare an noi materiale informative și noi seminarii video pentru părinții cu prematuri.

**Intrați în Centrul EDU pe site-ul ARNIS.**

<https://arnis.org/centrul-edu/>



**Seminarii de parenting**  
pentru familiile cu bebeluși îndelung spitalizați



## Recuperare copii

Încă de la înființare, în 2013, o parte importantă din misiunea ARNIS a fost aceea de a ajuta, sprijini și ghida recuperarea copiilor născuți prematur sau bolnavi, îndelung spitalizați la naștere.



Asociația ARNIS încheie contracte de parteneriat cu părinții copiilor, prin care se angajază să deconteze săptămânal terapiile medicale pentru recuperare motorie și cognitivă, transportul la terapie și cazarea în alt oraș, medicamentele, controalele, imagistica și analize medicale din contul deschis în numele copilului. Strângerea fondurilor este un efort comun al familiei și asociației.

Înscriere se fac completând acest formular:

<http://arnis.org/recuperare/>



Admiterile se fac în perioada septembrie-decembrie, iar criteriile sunt, în primul rând preocuparea familiei pentru recuperarea copilului, dovezile medicale care să ateste nașterea prematură și spitalizarea îndelungată la naștere (cel puțin în prima lună de viață), sau probleme medicale diagnosticate intrauterin (malformații congenitale, sindroame genetice).

Familiiile noi admise participă la training-uri despre decontare și fundraising, și primesc acces în grupul de sprijin al comunității ARNIS.



Optează pentru donația recurentă din contul bancar și ajută-ne să dezvoltăm asociația, pe termen lung!

**DONAȚII ÎN CONT BANCAR:**

• **RO07INGB0000999904198945 (RON)**

• **RO77INGB0000999903935106 (EURO)**

deschise la ING Bank NV Amsterdam, sucursala București, în numele Asociația Română pentru Nou-născuții Îndelung Spitalizați - ARNIS

tel. **0745.63.98.98**

e-mail: **contact@arnis.org**





*"Încurajez mamele să își exprime toată dragostea lor, atunci când își hrănesc bebelușul. Este dificil, da, atunci când bebelușul este bolnăvior, să inițiezi și să menții lactația, însă merită toată străduința: laptele matern este cea mai bună hrană pe care le-o puteți da!"*

**Corina Croitoru, mamă de gemene  
născute prematur, membru fondator și  
președinte ARNIS**



# ARNIS

**Asociația Română pentru  
Nou-născuții Îndelung Spitalizați**