



**Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al  
Republicii Moldova**

## **Alimentația naturală**

**Protocol Clinic Național**

**PCN-369**

Chișinău, 2020

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a Republicii Moldova din 18.12.2019, proces verbal nr. 4**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a Republicii Moldova nr.269 din 17.03.2020 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Alimentația naturală”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

<b>Ninel Revenco</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Larisa Crivceanscaia</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Adela Horodișteanu-Banuh</b>	IMSP Institutul Mamei și Copilului
<b>Ala Holban</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Olga Gaidarji</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Alina Șmurun</b>	Consultant superior în alăptare, cofondatoare „Mămica Alăptează

**Instituții care au examinat și avizat:**

Departamentul Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”

Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Sumarul recomandărilor .....	2
Abrevierile folosite în document (în ordine alfabetică).....	5
PREFAȚĂ.....	7
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ .....	7
A.1. Utilizatorii: .....	7
A.4. Scopurile protocolului: .....	7
A.5. Data elaborării protocolului:.....	8
A.6. Data următoarei revizuirii: 2021 .....	8
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:.....	8
A.8. Definițiile folosite în document .....	8
A.9. Informația epidemiologică.....	9
B. PARTEA GENERALĂ.....	11
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR.....	14
C1. ALGORITMI DE CONDUITĂ .....	14
C.2. Importanța alăptării la sân .....	15
C3. Contraindicațiile alăptării .....	16
C.4. Îngrijiri prenatale.....	17
C.5 Contactul piele la piele .....	18
C.6. Alimentația la cerere .....	19
C.7 Rooming-ul.....	20
C.8 Aprecierea alăptării .....	20
C.9 Poziționarea și atașarea.....	21
C.10 Producerea și transferul de lapte .....	22
C.11 Eficacitatea alăptării.....	23
C.12 Alimentația suplimentară.....	23
C. 13 Cum ajutăm mama să-și mărească secreția lactată.....	24
C. 14 Cum ajutăm mama și sugarul să preia alimentația la sân .....	24
C.15 Modalități alternative de alăptare.....	25
C.16 Utilizarea suzetei.....	25
C. 17 Probleme frecvente legate de alăptare .....	25
C. 18 Externarea la domiciliu.....	26
C. 19 Rezultatele așteptate pentru copiii alăptați la sân și mamele lor .....	26
C. 20 Alăptarea copilului bolnav .....	26

C. 21 Cum putem contribui la realizarea alăptării atunci când sugarul este bolnav .....	27
C. 22 Managementul alăptării copilului bolnav .....	27
C. 23 Managementul alimentației copilului în cazul unor maladii .....	28
<b>D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI .....</b>	<b>29</b>
<b>E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI CONFORM SCOPURILOR .....</b>	<b>30</b>
Anexa 1. Rezumatul Codului Internațional de Marketing al Substituenților de Lapte Matern (OMS) ..	30
Anexa 2. Supravegherea în timpul contactului piele-la-piele .....	31
Anexa 3. Lista de verificare a diurezei/emisiei de scaune .....	32
Anexa 4. Principiile inițiativei „Spital-prieten al copilului” .....	33
Anexa 5. Fișa de observare a tehnicii de alăptare.....	34
Anexa 6. Informație pentru părinți .....	36

## Sumarul recomandărilor pentru alăptarea la sân a nou-născuților sănătoși:

1. Alimentare exclusivă la sân până la 6 luni
  - Alimentația la sân este de preferință; la necesitate poate fi administrat lapte matern stors sau lapte de donor;
  - Continuați alăptarea la sân cel puțin până la 1 an, sau la dorința mamei și copilului – mai mult;
  - Introduceți alimente solide bogate în fier și micronutrienți de la vârsta de 6 luni.
2. Politicile maternităților trebuie să fie îndreptate spre optimizarea alăptării la sân și menținerii sale și trebuie să fie compatibile cu recomandările OMS. Ele vor include următoarele:
  - Se va încuraja contactul piele-la-piele cu mama imediat după naștere, până la prima alăptare și pe parcursul întregii perioade postpartum;
  - Se vor amâna toate procedurile de rutină (cântărirea, măsurarea, spălarea copilului, analizele, vaccinarea și profilaxia gonoblenoreei) până la finisarea primei alăptări;
  - Administrarea vitaminei K poate fi amânată până la finisarea primei alăptări, dar se va efectua nu mai târziu de 6 ore după naștere;
  - Se va asigura cel puțin 8-12 alimentări la sân pe parcursul a 24 de ore;
  - Se va asigura evaluarea formală a procesului de alăptare și documentarea de îngrijitori calificați (inclusiv poziționarea, atașarea, transferul de lapte, examinarea);
  - Nu se vor administra suplimente (apă, apă dulce, amestec sau alte lichide) la nou-născuții alăptați la sân, dacă ele nu au indicații medicale (în conformitate cu ghidurile curente bazate pe dovezi cu privire la managementul hipoglicemiei și hiperbilirubinemiei);
  - Se va evita utilizarea suzetelor în perioada postpartum;
  - Se va iniția profilaxia cu picături de vitamin D (400 UI) la externare.
3. Toți copiii alăptați la sân vor fi evaluați de către pediatru la vârsta de 3-5 zile, adică timp de 48-72 ore după externare.
  - Se va evalua statutul de hidratare (patternurile de eliminare);
  - Se va evalua adaosul ponderal (pierderea ponderală trebuie să nu mai mare de 7% față de masa de la naștere, fără pierderi ulterioară până în ziua a 5-a de viață);
  - Se vor discuta probemele de alăptare;
  - Se va observa procesul de alăptare.
4. Mama și copilul trebuie să doarmă alături, pentru a facilita alăptarea la sân;

<b>REZULTATUL ASOCIAT CU ALAPTAREA</b>		<b>NR. DE STUDII</b>	<b>EFACT COMUN</b>	<b>INTERVAL DE ÎNCREDERE 95%</b>	<b>INTERPRETAREA: RAPORTUL ȘANSELOR (OR)/RISCU (RR) RELATIV:</b>
<b>PENTRU COPIL</b>	Performanța în testele de inteligență	17	3.44 puncte	2.30-4.58	Crescut
	Supraponderabilitate/obezitate la o vârstă mai mare	113	OR 0.74	0.7-0.78	Redus
	Diabet de tip 2	11	OR 0.65	0.49-0.86	Redus
	Malocluzie	18 8	OR: 0.34	0.24-0.48	Redus
	Vreodată VS niciodată alăptat Alăptare exclusivă VS vreodată alăptat		OR: 0.54	0.38-0.77	Redus
	Carii dentare	5 7	OR: 1.99	1.36-2.96	Sporit
	Alăptare mai mult de 12 luni Alăptare mai puțin de 12 luni		OR: 1.50	0.25-0.99	Redus
	Otită medie acută (până la 2 ani)	5 12	OR:0.57	0.44-0.75	Redus
	Alăptare exclusivă timp de 6 luni Mai mult sau mai puțin de 6 luni alăptat		OR 0.65	0.59-0.72	Redus
	Leucemie la vârsta de copil	18	OR: 0.81	0.73-0.89	Redus
	Alăptare cu durata de 6 luni sau mai mult	15	OR: 0.89	0.84-0.94	Redus
	Vreodată sau niciodată alăptat				
	SMSS	8	OR: 0.27	0.24-0.31	Redus
Alăptare exclusive	15	OR: 0.40	0.35-0.44	Redus	
Alăptare cu orice durată					
Infecții respiratorii severe	16	RR: 0.68	0.6-0.77	Redus	
Mortalitatea datorită infecțiilor severe	9	OR: 0.48	0.38-0.6	Redus	
Protecție conta morbidității prin diaree/internări în staționar	15	RR: 0.69	0.58-0.82	Redus	
<b>MATERNI</b>	Cancer mamar	98	OR: 0.78	0.74-0.82	Redus
	Cancer ovarian	41	OR: 0.70	0.64-0.77	Redus
	Diabet de tip 2	6	RR: 0.68	0.57-0.82	Redus
	IMC la femei postmenopauzale	1	0.22 kg/m <sup>2</sup>	0.21-0.22	Redus

## Abrevierile folosite în document (în ordine alfabetică)

AMP	Asistența medicală primară
CPP	Contactul piele la piele
CS	Centrele de Sănătate
IMC	Indicele masă corporală
LMS	Lapte matern stors
MSMPS RM	Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova
OMF	Oficiile medicilor de familie
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
OR	Odds ratio (raportul șanselor)
PCN	Protocolul Clinic Național
REL	Reflexul de ejecția a laptelui
RM	Republica Moldova
RR	Risc relativ
SMSS	Sindromul morții subite a sugarului
UNICEF	Fondul Internațional pentru Urgențe ale Copiilor al Națiunilor Unite

## PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (MSMPS RM), constituit din specialiștii Departamentului Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul Mamei și Copilului, Consultanții în alăprare „Mămica alăptează”. Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu Recomandările OMS și ghidurile internaționale actuale privind alimentația naturală. Acest protocol va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MSMPS, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

## A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

### A.1. Utilizatorii:

- Centrele perinatale (medici neonatologi, pediatri) precum și personalului medical din alte specialități (medici obstetricieni, moașe, asistente medicale);
- Secțiile de pediatrie ale spitalelor raionale, municipale și republicane (medici neonatologi, pediatri, medici rezidenți);
- Prestatorii de servicii medicale de ambulator (medici pediatri);
- Prestatorii de servicii medicale de Asistență medical primară.

**Notă:** Protocolul poate fi utilizat și de alți specialiști, în caz de necesitate.

### A.4. Scopurile protocolului:

1. Standardizarea alimentației nou-născutului la termen sănătos în maternități prin susținerea și promovarea alimentației naturale din primele ore de viață.
2. Promovarea și susținerea alăptării în secțiile și spitalele de pediatrie.
3. Protecția, promovarea și menținerea alăptării la nivelul medicinei primare.
4. Instruirea tuturor categoriilor de personal implicat în îngrijirea femeii gravide și a copilului mic, referitor la problemele legate de promovarea și menținerea alăptării.

**A.5. Data elaborării protocolului: 2020**

**A.6. Data următoarei revizuirii: 2025**

**A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:**

Numele	Funcția
<b>Ninel Revenco</b>	d.h.ș.m., profesor universitar, Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Larisa Crivceanscaia</b>	d.h.ș.m., conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Adela Horodișteanu-Banuh</b>	d.ș.m., conferențiar cercetător, IMSP Institutul Mamei și Copilului
<b>Ala Holban</b>	d.ș.m., conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Olga Gaidarji</b>	medic rezident pediatru, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Alina Șmurun</b>	Consultant superior în alăptare, cofondatoare „Mămica Alăptează”

**Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat**

Denumirea instituției	Persoana responsabilă – semnătura
Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu	Ninel Revenco
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin
Consiliul de Experți MSMPS	Aurel Grosu

**A.8. Definițiile folosite în document**

**Alimentație naturală** reprezintă alimentația exclusivă cu lapte matern (inclusiv laptele de mamă stors) fără substituenți de lapte matern, alte lichide sau alimente solide.

**Alimentație exclusivă** la sân este alimentarea numai la sân, fara ceai sau apă.

**Alăptarea eficientă** reprezintă situația de creștere și dezvoltare armonioasă, corespunzătoare curbelor de creștere și dezvoltare ale copilului alimentat la sân.

**Alăptarea ineficientă** reprezintă situația în care creșterea și dezvoltarea copilului sunt necorespunzătoare vârstei acestuia.

**Contact piele la piele** este plasarea copilului pe burta mamei cu scopul de a prelungi contactul biologic.

Îngrijirea în sistem **rooming-in** reprezintă îngrijirea copilului în același salon cu mama sa, 24 de ore din 24.

**Prerogativa Organizației Mondiale a Sănătății față de alimentația naturală:** OMS și UNICEF recomandă alăptarea exclusivă a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea alăptării, pe lângă o alimentație complementară până la vârsta de 2 ani sau peste.



## A.9. Informația epidemiologică

Alimentația naturală reprezintă forma ideală de nutriție a nou-născutului și sugarului sănătos, laptele de mamă fiind alimentul cu compoziția perfect adaptată nevoilor nutritive și capacității digestive a organismului sugarului și este cea mai bună modalitate de a oferi nou-născuților hrana necesară pentru creștere și dezvoltare.

Alăptarea exclusivă este definită ca practică de alăptare în primele 6 luni de viață, fără alte produse alimentare sau apă. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și UNICEF recomandă alăptarea exclusivă a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea alăptării, pe lângă o alimentație complementară până la vârsta de 2 ani sau peste.

Conform datelor Agenției Naționale pentru Sănătate Publică în anul 2018, până la 3 luni au fost alăptați 89,3% copii, până la 6 luni au fost alăptați 81,3% copii și până la 1 an au fost alăptați – 69,4% copii. Potrivit studiului MICS (2012) în Republica Moldova doar 36% din copii au fost alăptați exclusiv în primele 6 luni de viață, doar jumătate din copii (48%) au fost alăptați continuu până la vârsta de 1 an, și numai 12% - alăptați continuu până la vârsta de 2 ani.

Ministerul Sănătății Republicii Moldova a inclus nutriția copilului în cadrul Politicii naționale de sănătate pentru anii 2007-2021, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886 din 06.08.2007, care prevede alimentația corectă și inofensivă a copiilor din primele zile de viață asigurată în conformitate cu recomandările Organizației Mondiale a Sănătății privind alăptarea precoce a nou-născuților în maternități și promovarea alăptării exclusive până la 6 luni pentru toți copiii. Totodată, prin Hotărârea nr. 730 din 08.09.2014 Guvernul Republicii Moldova a aprobat Programul Național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020, care include un număr de obiective, inclusiv: creșterea până în anul 2020 a procentului de alăptare exclusivă în primele 6 luni până la 70% și a duratei mediane a alăptării până la cel puțin 4 luni.

Alimentația naturală oferă beneficii multiple, dovedite științific și este o măsură preventivă extrem de eficientă atât pentru copii, cât și pentru mame. Cu excepția a unor situații medicale specifice, alăptarea la sân trebuie încurajată universal. Pentru a ameliora inițierea alăptării la nivel global, în anul 1991 OMS și UNICEF au lansat "Baby-friendly initiative" (Inițiativa prietenoasă copiilor). Scopul a fost protejarea, promovarea și susținerea alăptării la sân prin loialitate la "Cei 10 pași ai unei alăptări de succes". De atunci, în jur de 20,000 de spitale în 156 de țări au primit statutul de "Spital prietenos copiilor". Ca rezultat, atât rata de inițiere a lactației, cât și durata de alăptare la sân au crescut considerabil.

Începând cu anul 1994, Ministerul Sănătății Republicii Moldova a susținut inițiativa mondială Spital Prietenos Copilului pentru a crea un mediu adecvat pentru protejarea, promovarea și susținerea alăptării. Mai târziu, a fost aprobat un nou concept – conceptul Spitalului Prietenos Familiei, fiind implementat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 327 din 04.10.2005 "Cu privire la implementarea tehnologiilor oportune în îngrijirea perinatală și îmbunătățirea măsurilor antiepidemice și controlul infecțiilor nosocomiale în maternitățile prietenoase familiei".

La începutul anului 2000 în Republica Moldova a fost implementată inițiativa "Baby Friendly Hospital/Spital Prietenos Copilului" în 24 de spitale cu unități pentru naștere (din 38 existente).

Alăptarea la sân are multiple avantaje pentru sănătatea sugarilor, mamelor, familiilor și societății la general. Laptele matern oferă o matrice de componente bioactive, care nu pot fi înlocuite de amestecuri lactate. El conține componente celulare vii, substanțe imunoreactive, hormoni și alte componente nutriționale pentru o creștere și dezvoltare optimă a nou-născutului. Astfel, laptele matern este alimentația ideală pentru sugar.

Laptele matern scade incidența multor boli infecțioase ale copilăriei precum: diareea, bacteriemia, meningita bacteriană, infecții ale sistemului respirator, otita medie, infecții de tract

urinar. Alimentația naturală, de asemenea, s-a dovedit a fi o măsură importantă pentru prevenirea sindromului morții subite la sugar. Alăptarea la sân este asociată cu rezultate mai bune la testări neurocognitive. De asemenea, este o metodă preventivă eficientă pentru mama care alăptează, fiind asociată cu reducerea riscului cancerului mamar, ovarian și pierdere ponderală post-partum mai mare. Alăptarea la sân este economă pentru familii, nefiind necesar de procurat sticlute și formule adaptate. Analiza costurilor demonstrează beneficii pentru societate la general prin îmbunătățirea stării de sănătate a mamei și copilului, reducând pierderea capacității de muncă din motiv de boală.

Având în vedere avantajele alăptării la sân, OMS recomandă alăptarea exclusivă la sân până la 6 luni și continuarea alăptării după această vârstă cu diversificare adecvată până la 2 ani și mai mult.

Odată cu lansarea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă în 2015, este abordată sarcina ambițioasă de a eradica la nivel mondial toate formele de malnutriție până în 2030. În acest context, alăptarea copiilor, inclusiv alăptarea exclusiv la piept pînă la vârsta de 6 luni, își are impactul favorabil pe parcursul întregii vieți. Există dovezi științifice, conform cărora alimentația maternă echilibrată, alăptarea optimă și bunele practici de alimentare a sugarilor și copiilor de vârstă mică sunt cruciale pentru a asigura o creștere și dezvoltare armonioasă, precum și pentru a reduce riscul de a dezvolta boli noncomunicabile, atât pentru mame, cât și pentru copii.

În regiunea Europei și Asiei Centrale cca 12% copii sunt depistați cu diverse retenții în creștere, iar în unele țări cca 25% din copii suferă de anemie. Totodată, s-a majorat și rata obezității în rândul copiilor sub 5 ani, cu cca 80% în anul 2018, comparativ cu anul 2000. Rata copiilor alimentați exclusiv la sân în Europa și Asia Centrală este foarte mică (32%), iar alăptarea copiilor pînă la 2 ani constituie doar 28%. Iar cca 50% din țările Europei și Asiei Centrale nu au aprobată o lege ce ar regula Marketing-ul substituenților de lapte matern, iar publicitatea produselor alimentare pentru sugari și copiii de vârstă fragedă, inclusiv a celor ce conțin în exces sare, zahăr și grășimi cresc riscul unei alimentații nesănătoase și induc riscul dezvoltării obezității la copii. Totodată, implementarea în diferite țări a inițiativei „Spital Prieten al Copilului”, inclusiv realizarea celor 10 pași pentru protejarea, promovarea și susținerea alimentației la sân, au demonstrat o majorare sigură a ratei alimentației la piept a copiilor.

În scopul îmbunătățirii situației la nivel mondial, sesiunea șaptezeci și unu a Adunării Generale a OMS din mai 2018, a adoptat rezoluția cu privire la susținerea alimentației eficiente a sugarilor și copiilor de vârstă fragedă. Rezoluția prevede ca toate statele membre ONU să efectueze un șir de activități în susținerea alimentației la piept, inclusiv să promoveze alimentația la sân, să intensifice activitățile în cadrul inițiativei ”Spital prieten al copilului”, să adapteze la legislația națională Codul Internațional de Marketing a substituenților de lapte matern, etc.

## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1 Nivel de asistență medicală spitalicească (maternitatea)

Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
<p><b>1. Conduita în sala de naștere</b></p> <p>Prima alimentare</p> <p><b>Algoritmul de conduit C 1</b></p>	<p>Scopul primei alăptări nu este alimentația ca atare, ci prelungirea contactului dintre mamă și nou-născut;</p> <p>prevenirea infecției nosocomiale prin alăptare;</p> <p>colonizarea fiziologică a intestinului nou-născutului și stimularea imunității;</p> <p>minimalizarea acțiunii factorilor antenatali și intranatali de risc de dezvoltare a complicațiilor la nou-născut;</p> <p>alăptarea precoce reduce riscul mortalității neonatale precoce.</p>	<p>Procedurile descrise mai jos trebuie aplicate tuturor nou-născuților (recomandările OMS, 1991).</p> <p><b><u>Obligatoriu:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inițierea lactației precoce prin plasarea copilului pe burta mamei imediat după naștere, timp de 2 ore, cu scopul de a prelungi contactul biologic;</li> <li>• prima alăptare: aflându-se pe burta mamei, copilul se ridică spre sânul matern și îl găsește timp de <b>30 min - 1 oră</b>;</li> <li>• contactul dintre mamă – prunc și familie;</li> <li>• transferul copilului în salon împreună cu mama.</li> </ul> <p>Rolul primei alăptări nu este numai alăptarea în sine, dar și menținerea contactului biologic dintre mamă și copil.</p> <p>Prima alăptare ameliorează controlul temperaturii nou-născutului (II, B), prelungeste durata alăptării (I, A), stabilizează nivelul glicemiei la nou-născut (II, B).</p>
<p><b>2. Măsurile de profilaxie</b></p>	<p>Respectarea măsurilor sanitaro-igienice după naștere în scopul reducerii riscului infecției pentru copil</p>	<p>Mamele și personalul medical trebuie să se spele pe mâini înainte de alimentarea copilului sau înainte și după fiecare contact cu nou-născutul (în fiecare salon trebuie să fie săpun lichid, prosop de hârtie de unică folosință și dezinfectant pentru mâni).</p>
<p><b>3. Externarea la domiciliu C 18</b></p>	<p>Referire la nivelul primar de asistență medicală pentru supravegherea continuă a creșterii, dezvoltării și alimentației nou-născutului.</p>	<p><b><u>Obligator:</u></b></p> <p>Recomandări privind alimentația nou-născutului (mediu favorabil alăptării cu succes, semnele alăptării efective, managementul în cazul problemelor legate de alăptare).</p> <p>Informarea obligatorie a lucrătorilor asistenței medicale primare despre externarea</p>

## B.2. Nivel de asistență medicală primară (medicul de familie)

Descrierea măsurilor	Motivele	Pași
1. Examinarea activă la domiciliu după externarea din maternitate în cadrul vizitelor la domiciliu a <b>medicului de familie și asistentului medical de familie</b>	Monitorizarea alimentației și dezvoltării nou-născutului reduce riscul apariției complicațiilor. Laptele uman furnizează copilului volumul necesar de lichide și nutrienți necesari pentru creșterea optimă a lui.	<b>Aprecierea alimentației copilului.</b> <u>Obligatoriu:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• evaluarea tehnicii de alăptare (atașării la piept și poziționării corecte a copilului);</li><li>• evaluarea duratei și frecvenței alăptării;</li><li>• prezința a mai mult de 4 scaune/zi, cu aspect galben auriu, semiconsistente, adesea eliminate în timpul sau imediat după alăptare;</li><li>• prezința a 10-12 micțiuni/zi;</li><li>• evaluarea creșterii în greutate utilizând tabelele centilice OMS;</li><li>• identificarea problemelor asociate alăptării;</li><li>• consultarea mamei pe problemele alimentației (Anexa G).</li></ul>
2. Examinarea activă a copilului în instituție Scorul Latch de evaluare a eficienței suptului (anexa F)	Monitorizarea alimentației și dezvoltării nou-născutului reduce riscul apariției complicațiilor.	<b>Aprecierea alimentației copilului.</b> <u>Obligatoriu:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anamneza: evaluarea stării de bine a copilului alimentat la sân, utilizând următoarele criterii:<ul style="list-style-type: none"><li>- prezența a mai mult de 4 scaune/zi, cu aspect galben auriu, semiconsistente, adesea eliminate în timpul sau imediat după alăptare;</li><li>- prezența a 10-12 micțiuni/zi.</li></ul></li><li>• Examen obiectiv: evaluarea creșterii în greutate utilizând curbele de creștere OMS.</li><li>• Evaluarea contraindicațiilor alăptării (C3).</li><li>• Identificarea problemelor asociate alăptării.</li><li>• Consultarea mamei pe problemele alimentației.</li><li>• La necesitate referirea la specialiști (pediatru).</li></ul>

### B.3 Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (medic neonatolog, pediatru)

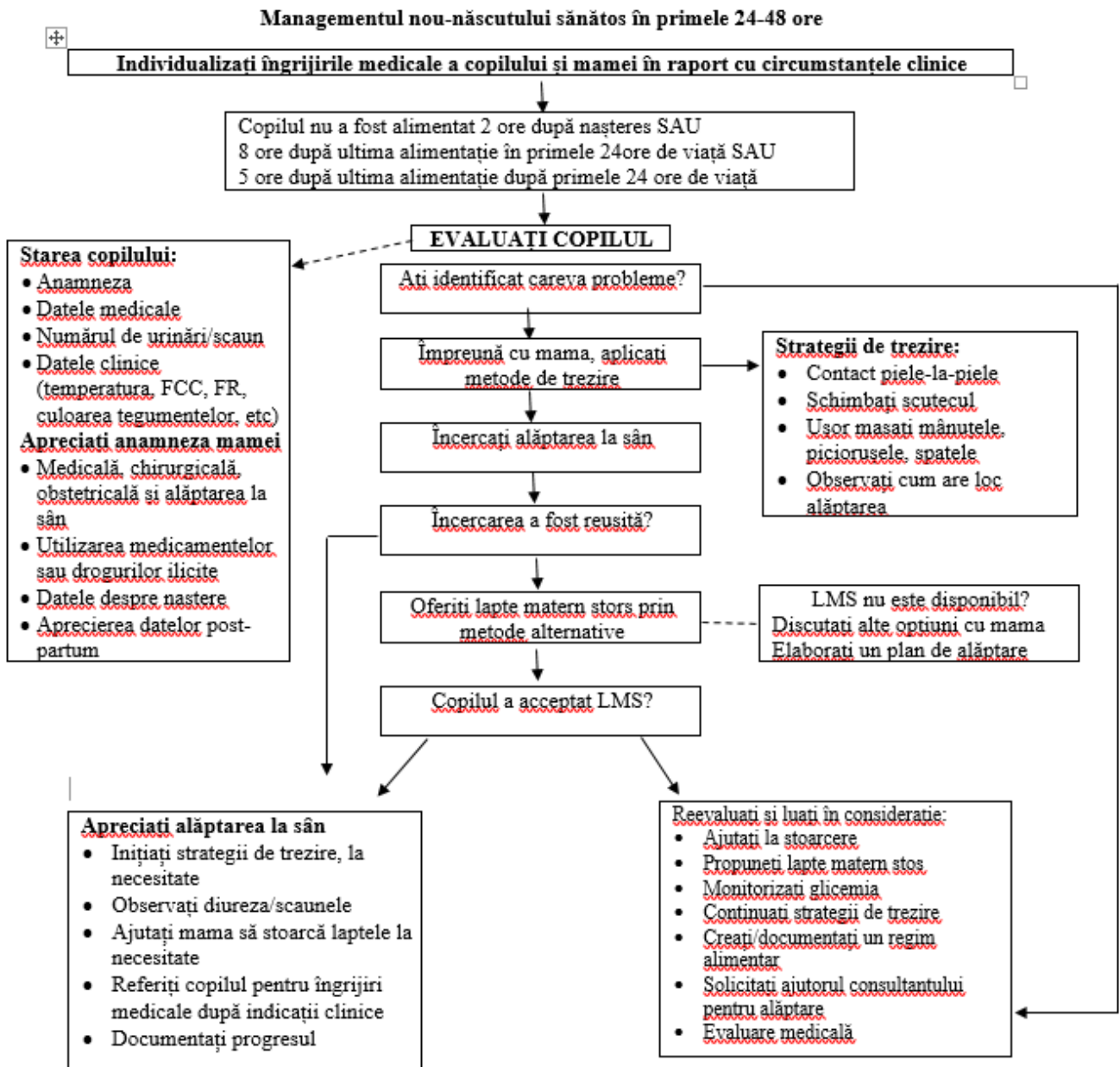
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Examinarea copilului și aprecierea alimentației copilului	Identificarea problemelor asociate alăptării.	<b>Aprecierea alimentației copilului.</b> <u>Obligatoriu:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anamneza: evaluarea stării de bine a copilului alimentat la sân, utilizând următoarele criterii:<ul style="list-style-type: none"><li>- prezența a mai mult de 4 scaune/zi, cu aspect galben auriu, semiconsistente, adesea eliminate în timpul sau imediat după alăptare;</li><li>- prezența a 6-10 micțiuni/zi.</li></ul></li><li>• Examen obiectiv: evaluarea creșterii în greutate utilizând curbele de creștere OMS.</li><li>• Evaluarea contraindicațiilor alăptării (C 3).</li><li>• Identificarea problemelor asociate alăptării.</li><li>• Recomandări privind alimentația sugarului.</li><li>• Referirea copilului la specialist în caz de necesitate.</li></ul>

### B.4 Nivelul de asistență medicală spitalicească (secții pediatrice)

Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Examinarea copilului bolnav și aprecierea alimentației copilului	<p>Alăptarea continuă în timpul spitalizării este un factor important al stării de bine a mamei și copilului.</p> <p>Laptele matern este alimentul ideal în cazul îmbolnăvirii copilului, în special pentru copiii mai mici de 6 luni, inducând o însănătoșire mai precoce.</p>	<b>Aprecierea alimentației copilului bolnav (recomandății OMS)</b> Evaluarea dificultăților legate de alimentație: <ul style="list-style-type: none"><li>• Copilul cere să fie alăptat mai des decât înainte.</li><li>• Simptome locale (nas înfundat sau o candidoză bucală) ce pot interfera cu suptul. Copilul poate suga o perioadă scurtă de timp, fără să preia o cantitate suficientă de lapte.</li><li>• Copilul nu suga eficient, sau nu poate suga deloc.</li><li>• În cazul unei operații, copilul ar putea avea interdicția de a primi mese orale sau enterale.</li></ul> <p>Managementul alăptării copilului bolnav: sugarii și copiii mici, pe parcursul suportării maladiei, necesită să fie alăptați în continuare, cât mai mult posibil, în paralel cu administrarea tratamentului pentru ameliorarea simptomelor și stărilor ce fac dificilă alăptarea (C 21.). Managementul alimentației copilului în cazul unor maladii (C 22.).</p>

## C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

### C1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ



## C.2. Importanța alăptării la sân

	<b>Beneficiile alăptării la sân</b>	<b>Nr de studii</b>	<b>Interpretarea: OR/RR a efectului:</b>
<b>PENTRU COPIL</b>	Performanțe în testele de inteligență	17	Crescut
	Suprapondere/obezitate pe parcursul vieții	113	Redus
	Diabetul de tip 2	11	Redus
	Malocluzia		
	Alimentat vs nealimentat la sân	18	Redus
	Alimentat exclusiv la sân 6 luni vs alimentat la sân <6 luni	9	Redus
	Carii dentare		
	Alimentat la sân >12 luni	5	Crescut
	Alimentat la sân <12 luni	7	Redus
	Otită medie acută (până la 2 ani)		
	Alimentat la sân 6 luni sau mai mult	5	Redus
	Alimentat la sân până la 12 luni	12	
	Leucemie în copilărie		
Alimentat vs nealimentat la sân	18	Redus	
Alimentat exclusiv la sân vs alimentat o perioadă	15		
SMSS			
Alimentație la sân exclusivă	8	Redus	
Orice tip de alimentație la sân	18		
Infecții respiratorii severe	16	Redus	
Mortalitatea prin boli infecțioase	9	Redus	
Protecția împotriva morbidității prin diaree/internări	15	Redus	
<b>PENTRU MAMĂ</b>	Cancer mamar	98	Redus
	Cancer ovarian	41	Redus
	Diabet zaharat tip2	6	Redus
	IMC la femei postmenopauzale	1	Redus

### C3. Contraindicațiile alăptării

<b>Contraindicații:</b>	
<b>Din partea mamei:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chimioterapie;</li> <li>• consum de droguri recreaționale de uz intravenos;</li> <li>• utilizarea de izotopi radioactivi la mamă în scop terapeutic (temporar);</li> <li>• ingestia de alcool în cantitate mai mare de 0,5 g/kg corp/zi;</li> <li>• infecție cu HIV;</li> <li>• infecție TBC activă;</li> <li>• infecție cu virus herpes simplex cu leziuni active la nivelul sânului;</li> <li>• infecția cu virus hepatitic B cu viremie prezentă;</li> <li>• anemii grave, cardiopatii decompensate, nefropatii severe, psihopatii puerperale;</li> <li>• plastiile mamare cu autotransplant de mamelon.</li> </ul>
<b>Din partea nou-născutului:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• galactozemie;</li> <li>• deficitul congenital de lactază;</li> <li>• leucinoza (boala urinelor cu miros de sirop de arțar);</li> <li>• fenilcetonurie.</li> </ul>
<b>Contraindicații temporare:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• infecții puerperale, mastite acute severe;</li> <li>• tratamentul medicamentos administrat mamei, care poate fi nociv pentru sugar: se evaluează riscurile în raport cu beneficiile (se recomandă ca medicul să aleagă cu prudență medicamentele necesare pentru tratarea mamelor care alăptează, indicând mai ales medicamentele cu profil limitat de reacții adverse). Majoritatea medicamentelor sunt transferate în laptele de mamă, dar de cele mai multe ori în cantități subclinice, fiind sigure pentru alăptare. În situațiile în care mama care alăptează necesită un anumit tratament, se recomandă să își administreze medicația prescrisă imediat după o alăptare sau cu puțin timp înaintea unei perioade mai îndelungate de somn a copilului. Acest mod de administrare a medicației permite metabolizarea unei cantități mai mari de medicament, scăderea concentrației serice a acestuia și limitează cantitatea de drog care trece în laptele matern; <ul style="list-style-type: none"> <li>• post-anestezie generală: se va evita alăptarea între 2 și 6 ore după administrarea anesteziei; durata depinde de tipul anesteziei utilizat.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>NB:</b> Contraindicația temporară este adaptată fiecărui caz în parte și se recomandă reluarea alăptării cât mai repede posibil după rezolvarea problemei. Pe perioada cât nu alăptează, mama va fi consiliată să se stoarcă la 3 ore interval, pentru a menține astfel secreția lactată.</p>
Alăptarea nu se recomandă	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Virusul imunodeficienței umane (HIV)</b></li> </ul>
Utilizarea medicației/drogurilor de către mamă	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Îngrijiri individualizate – evaluarea recomandărilor pentru medicamentele administrate mamei;</li> </ul> <p>Alăptarea este contraindicată în cazul administrării medicamentelor anticanceroase și anticonvulsivante, antidiabetice, anti HIV, substanțelor</p>



	radioactive! În cazul utilizării medicamentelor psihotrope alăptarea se continuă. Se folosesc, pe cât e posibil, medicamente alternative în caz de necesitate de a administra: povidone-iodide, cloramfenicol, tetraciline, metronidazol, sulfamide, cotrimoxazol, dapsona, contraceptive cu estrogeni, diuretice tiazidice (II, B, și IV, C).
Recomandări	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluați beneficiile și riscurile întreruperii alăptării, discutați cu mama și familia;</li> <li>• Când mama decide continuarea alăptării, iar Dumneavoastră identificați prezența riscurilor – referți la consult specializat (consultant în alăptare);</li> <li>• Atunci când există contraindicații temporare, ajutați mama să stoarcă lapte, pentru a menține lactația.</li> </ul>

#### C.4. Îngrijiri prenatale

Aspect	A se lua în considerare:
Informație despre alăptarea la sân	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribuți informație despre alăptare la sân la fiecare vizită prenatală, <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ oferiți ghiduri despre alăptare la sân (contact piele-la-piele, patternuri de alăptare precoce, durata de alăptare).</li> </ul> </li> <li>• Oferiți ghiduri despre abordarea problemelor minore legate de alăptare.</li> <li>• Oferiți informație despre susținerea în comunitate a alimentației la sân.</li> <li>• Oferiți informație despre alimentația și activitatea fizică maternă optimă.</li> <li>• Discutați practicile nașterii naturale care susțin o alăptare de succes: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ prezența persoanei care susține parturienta;</li> <li>✓ consum de lichide și alimente în timpul travaliului;</li> <li>✓ poziția la naștere comodă parturientei;</li> <li>✓ impactul intervențiilor intra-partum (ex. medicamente).</li> </ul> </li> </ul>
Anamneza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Întrebați despre experiența de alăptare și durata ei.</li> <li>• Identificați factori de risc pentru provocări/probleme de alăptare: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ grupuri cu risc înalt (diabet, patologia tiroidiană, obezitate, adolescențele, istoric de utilizare a drogurilor/abuz);</li> <li>✓ variațiile a formei sânilor și mameloanelor, intervenție chirurgicală sau trauma (hipoplazia sânelor, biopsie, reducere, inversia mamelonului, piercing al mamelonului);</li> <li>✓ medicamentele folosite la moment;</li> <li>✓ utilizarea alcoolului, drogurilor sau tabagism.</li> </ul> </li> <li>• Dacă anamneza identifică factori de risc, luați în considerare examinarea sânelor (nu e recomandat de rutină): <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ observați dezvoltarea sânelor, cicatrici chirurgicale, forma mameloanelor;</li> <li>✓ asigurați femeia atunci când sânii și mameloanele au forma normală și accentuați eventualitatea schimbărilor morfologice care vor urma;</li> <li>✓ selectați gravidele care au necesitate de suport adițional după naștere.</li> </ul> </li> </ul>
Pregătiri antenatale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nu există dovezi care susțin pregătirea de rutină a mameloanelor în timpul sarcinii.</li> <li>• Nu există date suficiente despre eficacitatea și siguranța stoarcerii prenatale a colostrului.</li> </ul>
Nu alăptează	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atunci când femeia face o decizie informată de a nu alăpta: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ respectați-i decizia;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ asigurați-o cu informație despre utilizarea sigură și adecvată a formulei adaptate;</li> <li>✓ documentați decizia în fișa medicală.</li> </ul>
--	--

### C.5 Contactul piele la piele (CPP)

Aspectul	A se lua în considerare:
Beneficii pentru copil	<p>Stimularea reflexului de căutare.</p> <p>Mai puțin plans.</p> <p>Comportament social interactiv cu mama.</p> <p>Stabilitate fiziologică (termică, glucoza sanguină, FCC).</p> <p>Crește pragul durerii și scade nivelul de cortisol.</p> <p>Inițierea mai precoce a alăptării.</p> <p>Alăptare mai eficientă.</p>
Beneficii pentru mamă	<p>Producerea de oxitocină care duce la:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pierderi sangvine mai mici;</li> <li>✓ creșterea temperaturii locale în sâni;</li> <li>✓ reducerea anxietății și promovarea interacțiunii sociale.</li> </ul> <p>Reduce problemele cu alăptarea.</p> <p>Efect pozitiv asupra duratei de alăptare.</p>
Nașterea prin operație cezariană	<p>Inițierea și durata CPP în sala de operații după operația cezariană electivă este asociată cu continuarea alăptării la 48 ore.</p> <p>În cazul anesteziei regionale, oferiți CPP în sala de operație și ulterior transferați mama și copilul pentru recuperare; alternativ – oferiți CPP timp de 10 minute după ce ați transferat mama pentru recuperare.</p> <p>În cazul aplicării anesteziei generale, oferiți CPP în decurs de 10 minute după ce mama se trezește din somn post-anestezic.</p>
Supravegherea clinică	<p>Ajustați cerințele supravegherii – în cazul în care sunteți îngrijorat de starea de sănătate și bunăstarea mamei sau copilului în timpul CPP.</p> <p>Urmați protocoalele locale pentru aprecierea factorilor de risc și impactul lor asupra cerințelor de supraveghere în timpul CPP.</p> <p>Examinarea clinică neonatală se efectuează în timpul CPP.</p>
Recomandări	<p>Inițiați CPP după naștere indiferent de calea de naștere sau metoda de alăptare.</p> <p>Oferiți și încurajați CPP cel puțin timp de o oră sau mai mult, dacă prima alăptare nu a avut loc.</p> <p>Când este posibil, nu întrerupeți CPP până se finalizează prima alăptare.</p> <p>Amânați examinarea copilului detaliată, cântărirea, administrarea vitaminei K, până nu se finalizează prima alăptare.</p> <p>Dacă mama nu este disponibilă (din cauza complicațiilor severe la naștere), dar starea copilului este bună, în calitate de alternativă oferiți CPP cu altă persoană din familie (tatăl copilului)</p> <p>Documentați durata CPP, starea copilului în timpul SCC sau cauza de ce nu s-a efectuat CPP.</p>

## C.6. Alimentația la cerere

Aspect	A se lua în considerare:
Stări comportamentale ale nou-născutului	<p>Sunt descrise șase stări comportamentale ale nou-născutului:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ stare de somn: somn adânc, superficial, somnolență;</li> <li>✓ stare de veghe: liniștit, activ, plânge.</li> </ul> <p>Înțelegerea stărilor comportamentale poate ajuta la interpretarea comportamentului copilului și facilita un răspuns adecvat.</p> <p>Starea de veghe liniștită este perfectă pentru inițierea CPP și alăptării.</p> <p>Oferiți sânul în timpul somnului superficial/somnolenței copiilor care au o tranziție rapidă de la somn adânc la plâns.</p>
Semne de foame	<p>Semne precoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ mișcarea mâinilor și picioarelor, mișcări ale limbii și buzelor, deschiderea gurii, întoarcerea capului, reflexul de căutare.</li> </ul> <p>Semne intermediare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ întindere, mișcări fizice, copilul pune mânuța în gură, plânge intermitent.</li> </ul> <p>Semne tardive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ plans,</li> <li>✓ copilul posibil să necesite a fi calmat înainte de alăptare.</li> </ul> <p>Alimentația în raport cu prezența semnelor de foame crește rata de inițiere a lactației, continuitatea și exclusivitatea sa.</p> <p>Încurajați alăptarea la cerere în conformitate cu cerințele copilului.</p> <p>Apreciați dacă la o alimentare concretă este nevoie de un singur sân sau ambii sâni.</p> <p>Alăptarea la sân poate fi utilizată pentru a calma copilul, dar și pentru alina foamea.</p> <p>Sugerați mamei de a nu întrerupe alăptarea, până copilul nu prezintă semne de sațietate prin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ eliberarea mamelonului fără mișcări de căutare ulterioare;</li> <li>✓ stoparea patternului nutritiv de sugere-înghițire;</li> <li>✓ adormire.</li> </ul>
Paternuri de alimentare	<p>De obicei, nou-născuții au perioadă de veghe de două ore post-natal.</p> <p>Este timpul perfect pentru inițierea alăptării.</p> <p>Ulterior, poate urma perioadă de somnolență.</p> <p>CPP poate încuraja alimentări mai frecvente la necesitate.</p> <p>Această perioadă frecvent este urmată de cicluri variabile de somn și veghe cu una sau două perioade suplimentare de veghe în următoarele 10 ore.</p> <p>Adesea (desi nu întotdeauna), nou-născuții necesită alimentări frecvente, nu obligator la intervale regulate în următoarele 24 de ore, când crește volumul de lapte.</p> <p>Ajutați mama să identifice semnele de foame ale copilului, demonstrați strategii de liniștire și asigurați că comportamentul copilului este normal.</p> <p>Copilul stabilește un pattern de alăptare de 8-12 ori timp de 24 de ore în prima săptămână de viață.</p>

	<p>Frecvența alăptării este variabilă, în raport cu necesitățile copilului și rata de transfer a laptelui.</p> <p>Copiii sunt mulțumiți după alăptare, deși pot avea perioade în timpul zilei când sunt neliniștiți și caută liniștire.</p> <p>Durata fiecărei alăptări este variabilă; primele zile poate dura până la o oră.</p>
--	--

### C.7 Rooming-ul

Aspect	A se lua în considerare:
Rooming-in	<p>Țineți mama cu copilul în același salon, pentru a facilita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ formarea legăturii dintre mamă și copil;</li> <li>✓ recunoașterea și răspuns optim la semnele precoce de foame;</li> <li>✓ familiarizarea cu comportamentul copilului înainte de externare.</li> </ul> <p>Rooming-ul nu schimbă cantitatea și calitatea somnului la mamă.</p> <p>Aflarea copilului alături de un părinte responsabil reduce riscul de SMSS.</p> <p>Efectuați examinările copilului și testele de rutină în camera mamei, dacă nu e posibil, încurajați mama să fie prezentă.</p> <p>La externare recomandați ca copilul să doarmă în aceeași camera cu părinții sau îngrijitorii în primele 6-12 luni de viață.</p>
Siguranța somnului	Distribuiți informație cu privire la siguranța somnului copilului sugar.

### C.8 Aprecierea alăptării

Aspectul	A se lua în considerare:
Context	<p>Oferiți oportunitatea părinților:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ de a înțelege necesitatea de a învăța;</li> <li>✓ de a cunoaște principiile alăptării de succes;</li> <li>✓ de a cunoaște problemele, legate de alăptare;</li> <li>✓ propuneți ghiduri anticipative;</li> <li>✓ facilitați intervenția precoce.</li> </ul>
Recomandări	<p>Oferiți suport pentru alăptare în primele 2 ore de la naștere.</p> <p>Oferiți ajutor la următoarea alăptare, în decurs de 6 ore după naștere.</p> <p>Utilizați abordarea "Hands-off" (evitați contactul fizic), unde este posibil.</p> <p>Apreciați și documentați eficacitatea alăptării cel puțin o dată la 8-12 ore după naștere și externare.</p> <p>Instrumentele de apreciere a alăptării pot ajuta la obținerea datelor obiective cu privire la eficacitatea alăptării.</p>
Pregătirea	<p>Revizuiți fișa medicală și graficul de alăptare a copilului (dacă îl folosiți).</p> <p>Discutați probleme de sănătate specifice ale mamei, deoarece ele pot influența alăptarea (experiența de naștere, confortul, oboseala, etc).</p> <p>Întrebați mama despre experiența de alăptare (așteptările mamei, frecvența și durata alăptărilor, cât copilul elimină, etc).</p> <p>Apreciați starea sânelui și mamelonului (senzația de plenitudine în sân, sensibilitatea mamelonului).</p> <p>Ajutați mama să găsească o poziție comodă pentru alăptare.</p>

## C.9 Poziționarea și atașarea

Aspectul	A se lua în considerare
Poziționarea	<p>Când copilul este ținut pe corpul mamei vertical, reflexele neonatale ajută la atașarea de sine stătătoare sau cu ajutor minimal.</p> <p>Atunci când copilului i se permite să caute sânul, șansa de o atașare eficientă este mult mai mare și crește rata de succes a alăptării.</p> <p>Mama ia o poziție de confort și susține copilul cu mâna pentru a-i oferi stabilitate.</p> <p>Dacă mama stă pe șezute, încurajați-o să se lase pe spate pentru a reduce tensiunea în umeri și a permite corpului să susțină copilul.</p> <p>Copilul este ținut aproape de corpul mamei cu capul, gâtul și corpul care formează o linie dreaptă, pentru a asigura stabilitate și acces liber la sân.</p> <p>Copilul este lipit cu burta la burta mamei.</p> <p>Nasul în timpul suptului este liber sau numai atinge sânul.</p> <p>Mama susține copilul sub spate (unde este zona de lamele de umăr).</p> <p>Obrazul, gurița și barba copilului au contact cu sânul pentru a permite copilului să caute sânul.</p>
Atașarea	<p>Gurița copilului e deschisă și este poziționată spre mamelon.</p> <p>Mamelonul și areola sa află în gurița copilului (partea de jos a areolei este mai mult în gura copilul, decât partea de sus – atașarea asimetrică).</p> <p>Se pot observa mișcări ale mandibulei.</p> <p>Obrajii nu sunt trași în interior în timpul suptului.</p> <p>Mama se simte confortabil.</p> <p>Copilul se simte confortabil, relaxat, nu face grimase, nu este tensionat.</p> <p>Transferul de lapte este evident.</p> <p>După alăptare – mameloanele arată ușor trase, și nu aplatisate, albe sau crestate.</p>
Dacă atașarea nu este eficientă	<p>Sfătuiți mama să detașeze copilul prin inserarea blândă a degetului în colțul gurii copilului.</p> <p>Utilizați principiile poziționării corecte a copilului pentru a facilita reatașarea corectă a copilului.</p>

## C.10 Producerea și transferul de lapte

Aspect	A se lua în considerare
Transferul de lapte	<p>Reflexul de ejecție (evacuare) a laptelui (REL) influențează cantitatea de lapte pe care o consumă copilul, independent de durata alăptării.</p> <p>REL poate necesita 2-3 minute până a fi activat în primele zile după naștere.</p> <p>Mai multe evacuări de lapte au loc pe parcursul unei alăptări, deși mama poate simți doar primul REL.</p> <p>Femeile pot sesiza REL prin:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ sete;</li><li>✓ senzații la nivel de sâni (presiune, senzație de înghimpare, scurgere de lapte)</li><li>✓ contracții uterine în perioada post-partum.</li></ul> <p>Schimbare vizibilă în patternul de sugere/glutiție este cel mai important semn de transfer al laptelui:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ când copilul începe a înghiți, el face câte o mișcare de supt per secundă (supt nutritiv) cu puține pauze;</li><li>✓ glutiția poate fi vizibilă/audibilă;</li><li>✓ odată cu un nou REL glutiția devine mai zgomotoasă și mai frecventă;</li><li>✓ odată cu progresul alimentației, pauzele devin mai lungi și mai frecvente.</li></ul> <p>Ușurarea/golirea sânelui este evidentă după alimentarea copilului.</p>
	<p>De la naștere la 72 de ore copilul se alimentează cu cantități tot mai mari de colostrum.</p> <p>Ziua 2-4 (46-96 ore) după naștere – crește producerea de lapte.</p> <p>Adesea este resimțită ca și o senzație de plenitudine a sânelui, deși nu întotdeauna observată de mama.</p> <p>Dacă sânul este supraplin, încurajați mama să alimenteze copilul sau să stoarcă laptele.</p> <p>În caz de angorjare, alăptarea poate fi organizată nu numai la cererea copilului, dar și la cererea mamei.</p> <p>Dacă copilul s-a alimentat puțin timp și mama nu simte eliberarea sânelui – încurajați stoarcerea laptelui.</p> <p>Volumul laptelui crește timp de 2 săptămâni până la 600 ml pe zi.</p>

### C.11 Eficacitatea alăptării

Aspect	A se lua în considerare
Comportamentul	Cunoștințele medicului și mamei despre comportamentul normal al copilului și despre patternurile de alăptare vor susține monitorizarea eficacității alăptării.
Diureza/emisia de scaune	Schimbările în scaunul copilului prezintă cel mai relevant indicator de consum al laptelui. Există o relație dintre frecvența defecației, tranziția spre culoarea galbenă a scaunului și consum adecvat al laptelui. La ce să vă așteptați: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ schimbarea scaunului de la meconium la cel de tranziție în 24-48 h după naștere; cel puțin 3-4 scaune până la ziua 5-7;</li><li>✓ scaune galbene până la ziua a 7-a;</li><li>✓ diureza și numărul de scutece umede: creșterea numărului de scutece umede la 3 și mai multe spre ziua a 3-a după naștere.</li></ul> Absența urinărilor în timp de primele 24 de viață este un semn de alarmă.
Masa ponderală	Majoritatea copiilor, alimentați adecvat, pierd mai puțin de 7% din masa la naștere. Pierderea ponderală maximal admisibilă este de 10% la ziua a 5-a de viață. Majoritatea copiilor iau în greutate spre ziua a 10-a după naștere. Identificați copiii care nu se încadrează în parametrii descriși și oferiți-i suport. Dacă mama are un număr sporit de perfuzii post-partum, copilul cu o probabilitate mai mare va avea diureză sporită și o pierdere ponderală mai mare în primele 3 zile.
Indicații pentru examinări suplimentare/evaluare clinică	Pattern anormal al scaunelor și diureză inadecvată. Semne îngrijorătoare la examen general/inspecție (culoarea pielii, starea de conștiință a copilului, activitatea, tonusul muscular, temperatura). Hipoglicemia neonatală din cauza alimentației ineficiente. Icterul fiziologic – poate fi exacerbat de consum inadecvat al laptelui. Tulburări de comportament – plâns după alimentație, urmat de letargie. Semne de deshidratare: absența urinei mai mult de 8 ore după primele 24 de ore de viață, urină concentrată, durată prelungită a scaunelor meconiale, tegumente și mucosae uscate cu turgor redus, plans slăbit, letargie, fontanelă înfundată. Alte probleme care cauzează îngrijorare.

### C.12 Alimentația suplimentară

Aspect	A se lua în considerare
Volum	Când este posibil, apreciați alăptarea la sân înainte de a introduce supliment. Oferiți volum suficient pentru a menține hidratarea și nutriția: în primele 2 zile după naștere oferiți nu mai mult de 10-15 ml la o alimentație unui copil sănătos născut la termen.
Lapte matern stors	Oferiți instrucțiuni de stoarcere manuală. Asigurați femeia că stoarcerea poate rezulta în puțin colostrum de la început. Demonstrați, în mod ideal pe model al sânului, tehnica de stoarcere.

	<p>Stoarcerea manuală este utilă pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ eliberarea sânului, atunci când este supraplin;</li> <li>✓ permite alimentarea copilului, atunci când alăptarea la sân este inefficientă.</li> </ul> <p>Durata și frecvența va depinde de cauza pentru care se stoarce laptele.</p>
Metode de stoarcere	<p>Manuală: cea mai eficientă metodă pentru obținerea colostrului.</p> <p>Pompă: urmați instrucțiunile de folosire și îngrijire a pompei.</p> <p>Combinatia dintre cele două metode este asociată cu o stoarcere mai eficientă în raport cu stoarcerea prin pompă.</p>
Etichetarea și păstrarea laptelui	<p>Pentru a minimiza erorile de administrarea laptelui matern stors (LMS) (altui copil, alt lapte) sunt necesare protocoale locale pentru:</p> <p>etichetare (nume complet, data nașterii, numărul filei, data și ora stoarcerii);</p> <p>verificarea și semnarea LMS de către doi lucrători medicali înainte de administrare</p>

### C. 13 Cum ajutăm mama să-și mărească secreția lactată

<b>CUM AJUTĂM MAMA SĂ-ȘI MĂREASCĂ SECREȚIA LACTATĂ:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• verificați dacă mama mănâncă și bea lichide în cantități suficiente;</li> <li>• încurajați adresarea ei la un consultant în alăptare;</li> <li>• recomandați, numai în situații foarte dificile, medicamente care măresc secreția laptelui;</li> <li>• explicați mamei că perioada în care se realizează creșterea secreției lactate este variabilă: câteva zile când copilul încă mai sugă și 1-2 săptămâni, dacă alăptarea a încetat complet.</li> </ul>	
<p>Preveniți mama că reluarea lactației este mai ușoară atunci când copilul este mai mic (sub 2 luni) și când alăptarea s-a întrerupt de curând. Totuși creșterea secreției lactate este posibilă la orice vârstă a copilului și oricând după oprirea alăptării (II, B).</p>	

### C. 14 Cum ajutăm mama și sugarul să preia alimentația la sân

<b>CUM AJUTĂM MAMA ȘI SUGARUL SĂ PREIA ALIMENTAȚIA LA SÂN</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugarul trebuie să se afle permanent în apropierea mamei.</li> <li>• Mama să dea sânul ori de câte ori copilul dorește să sugă.</li> <li>• Ajutăm mama să alăpteze prin: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) stoarcerea laptelui direct în gura copilului;</li> <li>b) corectarea poziției de alăptare;</li> <li>c) evitarea apăsării pe porțiunea posterioară a capului sugarului;</li> <li>d) schimbarea sînului mai frecvent în cadrul unei alăptări;</li> <li>e) corectarea atașării la sân;</li> <li>f) dacă copilul refuză sînul sau se agită lângă sân – oferiți sânul în stare semiadormită, semitrezită, semisătulă.</li> </ul> </li> <li>• Hrănim copilul cu cănița sau lingurița până când mama îl poate alăpta din nou.</li> </ul>	



### C.15 Modalități alternative de alăptare

Aspect	A se lua în considerare
Schimbarea deciziei de a alăpta natural	Pentru susținerea mamei care decide să nu alăpteze: ✓ evaluați cauzele; ✓ informați despre dificultățile de reinstalare a lactației; ✓ oferiți suport suplimentar; ✓ respectați decizia.
Bănci de lapte	Băncile de lapte colectează, evaluează, pasteurizează și distribuie laptele matern copiilor, a căror mame nu sunt capabile să producă suficient lapte. Criteriile de eligibilitate pentru donatori de lapte nu sunt subiectul protocolului în cauză.

### C.16 Utilizarea suzetei

Aspect	A se lua în considerare
Context	Utilizarea suzetei înaintea vârstei de 4 luni este asociată cu durată mai scurtă de alăptare; poate contribui la crearea dificultăților de alăptare. Există o asociere dintre utilizarea suzetei și scăderea riscului de SMSS. Efectiv reduce durerea de la proceduri când este utilizată solitar sau în combinație cu alte intervenții non-farmacologice.
Recomandare	Informați părinții despre avantajele și dezavantajele utilizării suzetei. Recomandați amânarea utilizării până la instalarea lactației. Odată ce lactația este instalată, suzeta poate fi oferită copilului înainte de somn.

### C.17 Probleme frecvente legate de alăptare

Aspect	A se lua în considerație
Îngrijiri inițiale acordate femeii cu probleme legate de alăptare	Reevaluați anamneza. Apreciați alimentația la sân: aplicații practice de îngrijiri, inclusiv CPP. Creați un plan de comun cu mama. Alimentați copilul în raport cu necesitatea. Încurajați inițierea și menținerea alăptării. Încurajați femeia să:
Probleme specific	Referiți la specialist calificat (consultant în alăptare).

### C. 18 Externarea la domiciliu

Aspect	A se lua în considerație
<b> criterii pentru externare care țin de alăptare</b>	<p>Stabilirea unei "alăptări eficiente"; adică două alimentări consecutive realizate independent de mamă și copil, în timpul cărora, copilul a luat sânul și a supt bine din ambii săni.</p> <p>Copilul are reflex de sugere satisfăcător.</p> <p>Mama este independentă să:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- poziționeze copilul la sân fără durere;</li> <li>- identifice când copilul înghite laptele;</li> <li>- cunoască numărul de alimentații timp 24 ore (8-12 ori pe zi, unii copii necesitând alimentări mai frecvente);</li> <li>- cunoască patternuri normale de emisie a scaunelor și urinei (cel puțin 6 urinări pe zi și 3-4 scaune galbene până la sfârșitul primei săptămâni);</li> <li>- stoarcă laptele manual.</li> </ul> <p>Stabilirea faptului că la momentul externării scăderea greutatei sugarului nu depășește 7% din greutatea la naștere, și că această scădere are loc până la sfârșitul primei săptămâni.</p> <p>Capacitatea părinților de a identifica semnele precoce ale alimentării insuficiente, deshidratare, când trebuie să solicite ajutor și verifiacă facilitățile comunitare de ajutor.</p> <p>Aprecierea stării sănătății mamei pentru a fi externată.</p>
<b>Probleme</b>	<p>Identificați probleme existente/potențiale legate de alăptare înainte de externare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificați parteneri locali care pot susține mama care alăptează.</li> </ul>
<b>Supravegherea</b>	<p>Recomandați supravegherea la medicul de familie.</p> <p>Recomandați o evaluare a alimentației la sân la specialist pentru a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ verifica masa ponderală a copilului;</li> <li>✓ aprecia icterul neonatal;</li> <li>✓ evalua emisia de scaune și urină.</li> </ul>

### C. 19 Rezultatele așteptate pentru copiii alăptați la sân și mamele lor

Copilul sănătos, la termen, alăptat la sân va:	Mama copilului alăptat la sân va:
fi alăptat exclusiv la sân	alăpta la sân în exclusivitate
pierde nu mai mult de 7% din greutatea corpului	atașa corect copilul la sân
atinge greutatea la naștere în ziua 14 de viață (II, B)	cunoaște semnele alăptării eficiente
are cel puțin 3 gurguimente (mișcări) intestinale și 6 urinări / 24 ore către ziua a 4-a de viață	nu are dureri în săni / mameloane
adaugă în greutate 120-240 g / săptămână	recunoaște și răspunde adecvat la problemele precoce legate de alăptare

### C. 20 Alăptarea copilului bolnav

Dacă alimentația la sân încetează, sugarul:	Dacă alăptarea continuă, sugarul:
primește mai puțină hrană	este mai bine hrănit
pierde mai mult în greutate	pierde mai puțin în greutate
necesită mai mult timp pentru însănătoșire	se vindecă mai repede

este lipsit de plăcerea suptului	suptul îl reconfortează
secreția lactată a mamei scade	continuă secreția de lapte
copilul poate refuza să mai sugă	continuă alimentația la sân

### C. 21 Cum putem contribui la realizarea alăptării atunci când sugarul este bolnav

Dacă sugarul	Ajutați mama
este în spital	să stea în spital cu copilul
poate să sugă bine	să alăpteze cât mai des
suge mai puțin decât înainte	să îi dea sânul mai frecvent, mese scurte, utilizând compresia în timpul alăptării
nu poate să sugă sau refuză sânul	să stoarcă laptele și să i-l dea cu cănița sau prin gavaj enteral
nu poate primi alimentație	să stoarcă laptele din 3 în 3 ore pentru a menține un nivel crescut al secreției lactate
este în convalescență	să înceapă din nou alimentația la sân, să alăpteze mai des pentru a crește secreția

### C. 22 Managementul alăptării copilului bolnav

(Recomandarile OMS, 2009)

Situația	Recomandări
<b>Dacă sugarul are nasul înfundat</b>	Mama poate fi învățată cum să folosească picături de apă salină sau lapte matern și să curețe nasul copilului folosind un șervețel răsucit. Mama poate alăpta copilul mai des, pentru perioade mai scurte de timp, permițându-i copilului să respire pe gură până i se desfundă nasul.
<b>Dacă bebelușul are afte în gură datorită candidiei</b>	Atât mamele cât și gura copilului trebuie tratată cu violet de gențian sau nistatină.
<b>Dacă bebelușul nu poate fi alăptat corespunzător, dar poate primi mese orale sau enterale</b>	Mama își poate storce laptele, în ritmul în care s-ar hrăni copilul (de aproximativ 8 ori în 24 de ore, sau mai frecvent), pentru a menține producția de lapte. Mama îi poate oferi copilului laptele stors cu cana, seringă sau prin intermediul unui tub nazogastric. Mama trebuie încurajată să permită copilului să sugă oricând dorește.
<b>Dacă bebelușul nu poate primi mese orale sau enterale</b>	Mama trebuie încurajată să continue storcerea laptelui pentru a menține lactația. Laptele stors poate fi depozitat corespunzător, pentru a putea fi oferit copilului imediat ce acesta poate fi hrănit. Mama poate relua alăptarea pe măsură ce copilul se recuperează. Laptele nefolosit poate fi congelat pentru a fi utilizat ulterior. Dacă spitalul îndeplinește condițiile pentru o bancă de lapte matern, laptele ar putea fi de folos unui alt copil.
<b>Dacă lactația scade pe perioada unei boli</b>	O scădere a lactației este de așteptat dacă mama are probleme cu alăptarea sau dacă a primit suplimente necorespunzătoare. Dificultățile de alimentare și suplimentare ar putea contribui la îmbolnăvirea

	<p>copilului și reprezintă cauze majore ale malnutriției.</p> <p>Mama are nevoie de ajutor pentru a-și crește producția de lapte din nou. Ea trebuie încurajată să stoarcă laptele și să își hrănească copilul folosind cănița.</p> <p>Cu ajutor specializat corespunzător, multe mame pot relua alăptarea exclusivă în 1-2 săptămâni.</p>
<b>Bebeluși de peste 6 luni și copii mici</b>	<p>În perioada unei boli, un copil mic poate prefera alăptarea în locul alimentelor solide, chiar mai des decât anterior. Lactația poate spori, astfel încât mama observă că sânii sunt mai plini. Mama trebuie încurajată să stea cu copilul în spital și să îl alăpteze la cerere.</p> <p>Mama sau îngrijitorul trebuie să îi ofere în continuare copilului alimente solide, de care copilul ar putea avea nevoie mai des, în cantități mai mici și cu o consistență mai moale. Este recomandată oferirea de gustări suplimentare în perioada recuperării, pe măsură ce apetitul copilului crește.</p>

### C. 23 Managementul alimentației copilului în cazul unor maladii

(Recomandarile OMS, 2009)

<b>Maladie</b>	<b>Management</b>
<b>Dehiscenta buzei și/sau palatului</b>	<p>Nou-născutul trebuie direcționat către intervenție chirurgicală, operația având loc în una sau mai multe etape pe parcursul câtorva luni. Este important ca copilul să adauge în greutate și să fie bine hrănit înainte de a fi operat.</p> <p>Mama poate fi ajutată să își țină copilul în timpul alăptării într-o poziție verticală, cu picioarele copilului de o parte și de alta a coapselor sale. Această poziție favorizează înghițirea mai ușoară a laptelui matern și îl poate ajuta pe copil să fie alăptat, complet sau parțial. Mama își poate stoarce laptele și îl poate oferi copilului cu cana sau cu lingura până la intervenția chirurgicală.</p> <p>Familia ar putea avea nevoie de susținere suplimentară și de ajutor în acceptarea copilului, să insiste cu alimentarea și să fie încrezători că copilul va avea un aspect aproape normal și va putea duce o viață normală după intervenție.</p>
<b>Fren scurt lingual</b>	<p>Dacă frenul cauzează probleme în alimentarea copilului, sugarul trebuie direcționat către specialiști pentru a-i fi tăiat. Această intervenție este eficientă și, în zilele noastre, poate fi făcută simplu și în siguranță.</p>
<b>Hipotonie musculară</b>	<p>Mama trebuie sfătuită cum să își ajute copilul să fie atașat la sân, folosind poziția ”dansatorului”. Aceasta susține bărbia copilului și capul pentru a ține gura închisă pe sân. Acești copii se pot hrăni foarte încet și poate fi necesar ca mama să își stoarcă laptele și să îi ofere copilului câteva mese cu cana sau cu tubul.</p> <p>Mama va avea nevoie de suport suplimentar și consiliere pentru a se atașa de copilul ei, pentru a simți că face tot ce este mai bine pentru el.</p>
<b>Maladii</b>	<p>Luați în considerare malformațiile congenitale cardiace și renale, dacă un nou-</p>

<b>congenitale cardiace      sau renale</b>	născut nu adaugă în greutate cu toate că alăptarea pare să fie în regulă. Copilul trebuie examinat cu atenție și direcționat către specialiști pentru investigații suplimentare.
---	--

## **D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

<b>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</b>	<b>Personal:</b> Medic de familie Asistentă medicală de familie
	<b>Dispozitive medicale și consumabile:</b> Cântar Taliometru
<b>D.2. Instituțiile consultativ-diagnostice</b>	<b>Personal:</b> Medic pediatru Asistenta medicală
	<b>Dispozitive medicale și consumabile:</b> Cântar Taliometru
<b>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească:</b> centrele perinatale, secțiile pentru nou-născuți, secțiile pediatrice	<b>Personal:</b> Medic obstetrician-ginecolog Moașă Medic neonatolog Medic pediatru Asistentă medicală
	<b>Dispozitive medicale și consumabile:</b> Cântar Taliometru Pompe pentru stoarcerea laptelui Containere pentru păstrarea laptelui stors Frigider Congelator Termometru

## E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI CONFORM SCOPURILOR

Nr.	Scopurile protocolului	Numărător	Numitor
1	A spori ponderea nou-născuților alăptați natural pe parcursul primei ore de la naștere	Numărul copiilor alăptați pe parcursul primei ore de la naștere pe parcursul ultimelor 12 luni X100	Numărul total de nou-născuți vii, cu excepția celor ce au necesitat măsuri de resuscitare sau îngrijiri speciale sau ca urmare a contraindicațiilor pe parcursul ultimelor 12 luni
2	A spori procentul de alăptare exclusivă a copiilor în primele 6 luni	Numărul copiilor alăptați exclusiv la sân până la vârsta de 6 luni de viață pe parcursul ultimelor 12 luni X 100	Numărul total de nou-născuți, cu excepția celor ce necesită îngrijiri speciale pe parcursul ultimelor 12 luni

### Anexa 1. Rezumatul Codului Internațional de Marketing al Substituenților de Lapte Matern (OMS, 2016)

Aspectul	Recomandarea
Publicitatea	Nu se va face publicitate pentru substituențele laptelui matern, inclusiv formulele de lapte, alimentația complementară, băuturile, precum și tetinele.
Mostre	Nu vor fi distribuite mostre gratuite mamelor, familiilor și lucrătorilor medicali.
Facilitățile asistenței medicale	Nu vor fi promovate produsele în public. Personalul companiilor nu va avea acces la consilierea mamelor. Nu vor fi făcute cadouri sau mostre personale lucrătorilor medicali (ex.: agende, pixuri, etc.). Nu vor fi distribuite stocuri gratuite sau la preț redus.
Informația	Nu vor fi folosite cuvinte/imagini care idealizează alimentația artificială, inclusiv sunt interzise poze cu sugari pe etichetele produselor. Informația pentru personalul medical va fi științifică și reală.
Etichetele	Toată informația despre alimentația artificială, inclusiv etichetele, trebuie să explice beneficiile alăptării, costurile și riscurile alimentării artificiale.
Produse	Produsele nepotrivite, precum laptele condensat îndulcit, nu va fi promovat pentru sugari. Toate produsele trebuie să fie de calitate înaltă și vor lua în considerare condițiile climaterice și de stocare a țării în care ele vor fi folosite.

## Anexa 2. Supravegherea în timpul contactului piele-la-piele

Aspecte	Considerente
Recomandări	<p>Vigilența este o parte importantă a îngrijirilor pe parcursul primelor ore după naștere.</p> <p>Se recomandă urmarea protocoalele locale de supraveghere pe parcursul contactului piele la piele, dacă ele există.</p> <p>Abordarea individuală a fiecărei mame și a fiecărui nou-născut.</p> <p>Observarea frecventă a copilului prin supraveghere indirectă.</p> <p>Oportunitatea supravegherii directe a contactului piele la piele de către partener sau rude este apreciată de către personalul medical.</p> <p>Monitorizarea pe parcursul perioadei de contact piele la piele și întreruperea acestuia dacă sănătatea mamei sau a copilului trezește îngrijorare.</p> <p>Poziția mamei și a copilului trebuie să asigure:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vizibilitatea feței copilului;</li> <li>▪ stabilitatea poziționării;</li> <li>▪ suportul capului pentru a preveni obstrucția căilor aeriene.</li> </ul> <p>Asistarea mamei în cazul administrării analgeziei, deoarece aceasta poate provoca somnolență sau alterarea stării de conștiență.</p> <p>Aprecierea siguranței în cazul durerii ineficient controlate, deoarece mama poate fi incapabilă de a asigura o poziție confortabilă sau sigură copilului.</p>
Factori de risc pe parcursul contactului piele la piele	<p>Dacă factorii de risc au fost identificați, este indicată o supraveghere directă documentată a contactului piele la piele.</p> <p>Lista non-exhaustivă a factorilor care pot ridica probleme de siguranță în cazul contactului piele la piele nesupravegheat:</p> <p>Intrapartum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ travaliu prelungit</li> <li>▪ oboseala mamei</li> <li>▪ operație cezariană de urgență</li> <li>▪ naștere asistată</li> </ul> <p>Durere</p> <p>Medicație</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ preparate narcotice administrate în ultimele 5 ore</li> <li>▪ sedative administrate în ultimele 4 ore</li> </ul> <p>Utilizarea recentă a substanțelor ilicite</p> <p>Intoxicație alcoolică</p> <p>Afecțiuni ale mamei și/sau copilului</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ obezitate</li> <li>▪ probleme de sănătate mintală</li> </ul> <p>○ Ați factori de risc identificați.</p>

### Anexa 3. Lista de verificare a diurezei/emisiei de scaune

Vârsta (ore)	Consumul de lapte matern	Număr de alăptări	Numărul de scutece umede	Defecări	Culoarea maselor fecale	Constența maselor fecale	Masa copilului
0-24	0-5 ml colostrum la prima alimentație 2-10 ml per alăptare În jur de 7 ml per alăptare 7-123 ml colostrum în primele 24 ore	Primele 8 ore: una sau mai multe Următoarele 8 ore: 2 sau mai multe Următoarele 8 ore: 2 sau mai multe	1 sau mai multe	1-2	Meconial	lipicios	Pierde 7% mediu Maximum 10 %
24-48	5-15 ml per alimentație Creștere treptată a volumului	8-12	2 sau mai multe	1-2	Verzui/meconial, apoi cafeniu, "de tranziție"	Consistență mai moale	
48-72	15-30 ml per alimentație Creștere treptată a volumului	8-12	3 sau mai multe	3-4	Verzui/gălbui	Moale	
72-96	30-60 ml per alăptare 395-800 ml per zi	8-12	4 sau mai multe	4 voluminoase sau 10 cu volum mic	Gălbui/granulat	Moale/lichid	
Sfârșitul primei săptămâni	395-800 ml per zi Creștere treptată a volumului la 440-1220 ml pe zi timp de prima lună	8-12	6 sau mai multe	4 voluminoase sau 10 cu volum mic	Gălbui/granulat	Moale/lichid	Pierdere ponderală, apoi platou. Începe să recapete greutatea

Între ziua a 4-a și a 6-a, sugarii încep să recapete greutatea corporală și timp de 2 săptămâni vor reveni la masa la naștere

Majoritatea copiilor vor reveni la masa de la naștere până la ziua a 10-a de viață.

Creșterea medie săptămânală în greutate până la 3 luni de viață va fi de 150-200 grame.

De obicei, sugarii dublează masa lor de la naștere până la 6 luni, și o triplează până la 12 luni de viață.

Creșterea sau scăderea ponderală sunt doar un parametru care caracterizează starea copilului – astfel copiii vor fi monitorizați lunar individual.

Peristaltica la copiii alăptați la sân tinde să scadă între 6 săptămâni-3 luni de viață.



**Anexa 4. Principiile inițiativei „Spital-prieten al copilului” (OMS, 1991)  
Zece pași pentru protejarea, promovarea și susținerea alimentației la sân.**

- 1 Adoptarea de către maternitate a unei politici privind alăptarea, formulată în scris și adusă sistematic la cunoștința personalului.
- 2 Formarea competențelor necesare la personalul medical pentru punerea în practică a acestei politici.
- 3 Informarea femeilor gravide despre avantajele alimentației la sân și ale practicării alăptării.
- 4 Ajutarea mamei să înceapă alăptarea în prima jumătate de oră după naștere.
- 5 Învățarea mamelor cum să alăpteze și să mențină lactația, chiar și dacă sunt despărțite de copiii lor.
- 6 Interdicția altor alimente sau lichide decât laptele matern, cu excepția celor indicate medical.
- 7 Oferirea mamei și nou-născutului posibilității să rămână împreună 24 ore pe zi.
- 8 Încurajarea alăptării la cerere a sugarului.
- 9 Interdicția biberonului, suzetelor sau tetinelor .
- 10 Încurajarea constituirii grupurilor de susținere a alimentației la sân și îndrumarea mamelor spre acestea după externarea din maternitate.

## Anexa 5. Fișa de observare a tehnicii de alăptare<sup>1</sup>

### **BIFĂȚI (!) CELE PREZENTE**

<i>Semne care indică faptul că alăptarea merge bine</i>	<i>Semne de posibilă dificultate</i>
<b>Mamă</b>	<b>Mamă</b>
<input type="checkbox"/> mama are aspect sănătos <input type="checkbox"/> mama e relaxată și se simte confortabil <input type="checkbox"/> sunt semne de legătură între mamă și copil	<input type="checkbox"/> mama nu are aspect sănătos sau e deprimată <input type="checkbox"/> mama e tensionată și nu se simte confortabil <input type="checkbox"/> mama și copilul nu se uită unul la celălalt
<b>Copil</b>	<b>Copil</b>
<input type="checkbox"/> copilul are aspect sănătos <input type="checkbox"/> copilul este calm și relaxat <input type="checkbox"/> copilul caută sau atinge sânul când este flămând	<input type="checkbox"/> copilul e somnolent sau arată bolnav <input type="checkbox"/> copilul este neliniștit și plânge <input type="checkbox"/> copilul nu caută sau nu atinge sânul
<b>Sâni</b>	<b>Sâni</b>
<input type="checkbox"/> sâni au aspect sănătos <input type="checkbox"/> nu există durere sau disconfort <input type="checkbox"/> sâni sunt bine susținuți cu degetele, la distanță de mamelon <input type="checkbox"/> mamelonul este format înafară și e protractil	<input type="checkbox"/> sâni au aspect roșiatic, sunt umflați sau iritați <input type="checkbox"/> sânul sau mamelonul sunt dureroși <input type="checkbox"/> sâni sunt susținuți cu degetele la nivelul areolei <input type="checkbox"/> mamelonul este plat, nu este protractil
<b>Poziția copilului</b>	<b>Poziția copilului</b>
<input type="checkbox"/> capul și corpul copilului sunt aliniate <input type="checkbox"/> copilul e ținut aproape de corpul mamei <input type="checkbox"/> tot corpul copilului e susținut <input type="checkbox"/> copilul se apropie de sân cu nasul, în dreptul mamelonului	<input type="checkbox"/> capul și gâtul copilului sunt strâmbe la supt <input type="checkbox"/> copilul e ținut la distanță de corpul mamei <input type="checkbox"/> doar capul și corpul copilului sunt susținute <input type="checkbox"/> copilul se apropie de sân cu buza inferioară sau obrazul în dreptul mamelonului
<b>Atașamentul copilului la sân</b>	<b>Atașamentul copilului la sân</b>
<input type="checkbox"/> o parte mai mare a areolei se vede deasupra buzei superioare a copilului <input type="checkbox"/> gura copilului este larg deschisă <input type="checkbox"/> buza inferioară a copilului este răsfrântă înafară <input type="checkbox"/> obrazul copilului atinge sânul	<input type="checkbox"/> o parte mai mare a areolei se vede sub buza inferioară a copilului <input type="checkbox"/> gura copilului nu este larg deschisă <input type="checkbox"/> buzele copilului sunt ținute sau răsfrânse în interior <input type="checkbox"/> obrazul copilului nu atinge sânul
<b>Supt</b>	<b>Supt</b>
<input type="checkbox"/> încet, adânc, cu pauze <input type="checkbox"/> obrații sunt rotunjiți atunci când sugă <input type="checkbox"/> copilul lasă sânul atunci când termină <input type="checkbox"/> mama prezintă semne de reflexe oxitocinice*	<input type="checkbox"/> copilul sugă cu înghițituri mici, rapide <input type="checkbox"/> obrații copilului se adâncesc atunci când sugă <input type="checkbox"/> mama nu mai ține copilul la sân <input type="checkbox"/> mama nu prezintă semne de reflexe oxitocinice*

\* **reflex oxitocinic** – prezent mai ales în primele zile după naștere, manifestat prin contracția dureroasă a mușchiiului uterin, determinând eliminarea bruscă a unei cantități de sânge prin vagin, în timp ce mama alăptează copilul

<sup>1</sup> Centrul Național de Studii pentru Medicina de Familie în cadrul proiectului RO19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” (2016)

## Anexa 6. Scorul Latch de evaluare a eficienței suptului (2006)

		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>L</b>	<b>Atasare</b>	Prea somnolent, prost dispus Nu se obține atasare sau supt	Încercari repetate, susținute de atasare sau supt ține mamelonul în gura Trebuie stimulat pentru a suga	Prinde sânul Limba este jos Buzele sunt rasfrânte Supt ritmic
<b>A</b>	<b>Deglutiție audibila</b>	Nu	Un pic, cu stimulare	Spontan si intermitent <24 ore Spontan si frecvent >24 de ore
<b>T</b>	<b>Tipul de mamelon</b>	Ombilicat	Plat	Protractil dupa stimulare
<b>C</b>	<b>Comfortul sânelui/mamelonului</b>	Sâni angorjați Areola fisurata, sangerânda, cu echimoze Disconfort sever	Sâni plini Mamelon rosu /echimoze mici Disconfort usor/ moderat	Sân moale Mamelon nedureros
<b>H</b>	<b>Poziționare</b>	Supt asistat în întregime (personalul ține copilul la sân)	Asistența minima (ridica capul, pune perna pentru sprijin) Unele lucruri le face mama, altele este învățata Personalul poziționeaza copilul apoi mama îl preia	Nici o asistența din partea personalului Mama este capabila sa poziționeze si sa țină copilul

Dupa Kumar SP, Mooney R, Wieser LJ, Havstad S: The LATCH Scoring System and Prediction of Breastfeeding Duration (Kumar SP, Mooney R, Wieser LJ, Havstad S: The LATCH Scoring System and Prediction of Breastfeeding Duration. J of Human Lactation 2006; 22(4): 391-397

## Anexa 7. Sfaturi pentru părinți

### Sfaturi pentru mama:

- Dacă aveți posibilitate, începeți să căutați și să studiați informație veridică despre alăptare încă fiind însărcinată.
- Pentru a avea parte de susținere după naștere, discutați cu familia/rudele/prietenii informația pe care ați studiat-o.
- După naștere, țineți bebelușul lângă dvs și alăptați-l cât mai des. Apropierea fizică de bebelușul dvs va contribui atât la apariția mai rapidă a laptelui, cât și la stabilirea contactului cu copilul.
- Țineți minte că orice mamă imediat după naștere va avea colostru în loc de lapte. Colostrul s-a format în timpul sarcinii. Este absolut normal ca laptele să apară peste 3-4 zile după naștere (sunt cazuri când poate să apară și peste 10 zile), nu imediat.
- Copilul dvs are nevoie de contactul fizic cu corpul mamei (contact piele pe piele), îndeosebi cu sânul. În primele săptămâni după naștere, alăptările vor fi foarte dese și haotice.
- Este posibil ca primele 3-4 săptămâni după naștere să fie un pic mai dificile, deoarece e nevoie de timp și răbdare pentru stabilirea lactației.
- Cantitatea și calitatea laptelui nu depind în mod direct de mănecarea și lichidul pe care le consumă mama, dar depind de corectitudinea atașării bebelușului la sân și de frecvența alăptărilor.
- Unicul indicator veridic care confirmă suficiența cantității de lapte primite de bebeluș este adaosul în greutate.
- În perioada alăptării veți avea nevoie de susținere morală din partea rudelor și prietenilor. Cea mai bună susținere o veți găsi în rândul mamelor care au avut sau au o experiență reușită în alăptare.
- Dacă nu primiți suportul necesar din partea celor apropiați, atunci căutați grupul de susținere în alăptare din localitatea dvs.
- Organizați-vă acasă un loc dedicat pentru alăptare. Acesta poate fi orice loc în care vă simțiți comod. Puteți să puneți lângă dvs tot ce este necesar pentru îngrijirea bebelușului. În așa fel vă va fi mai ușor să vă obișnuiți cu noul ritm de viață, în prima perioadă după naștere.

### Sfaturi pentru tata:

- Femeia care a născut are nevoie de susținerea dvs, în special în toate momentele care țin de alăptare.
- De fiecare dată când apare vreo problemă cu alăptarea – mama și copilul au nevoie de susținere și răbdare.
- Fiecare picătură de lapte matern – contează! Încurajați mama să alăpteze.
- Copilul are nevoie de un matur, îndeosebi de mama. Dar el poate la fel să comunice și cu tata și să primească ajutor din partea lui. Astfel de fiecare dată când copilul se agită și nu vrea să sugă sânul – puteți să propuneți mamei ajutorul dvs.
- În primele săptămâni după naștere, cel mai important lucru este stabilirea lactației, iar tânăra mamică este preocupată de acest lucru mereu, având nevoie de ajutor în treburile casnice. Și aici, tata sau alte rude apropiate ar putea fi de mare ajutor.

### Sfaturi pentru ambii părinți

- După naștere, bebelușul este neajutorat și are nevoie de un matur pentru a supraviețui;
- Copiii au nevoie de alimentație naturală.
- Bebelușul pierde în greutate în primele zile după naștere, acesta fiind un proces normal cu condiția că pierderea este în limitele normei.
- La început bebelușul stă foarte mult timp la sân, practic permanent, astfel contribuind la stabilirea lactației.
- Încercați să reduceți din treburile casnice. După nașterea copilului, în perioada de adaptare, nu veți reuși să faceți tot ceea ce obișnuiați să faceți până la naștere.

## BIBLIOGRAGFIE

1. World Health Organization (WHO): Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The revised Baby-friendly Hospital Initiative: Implementation guidance (2018)
2. WHO: Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018)
3. World Allergy Organization (WAO)-McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Position article and guidelines on vitamin D (2016)
4. WHO and United Nations Children's Fund (UNICEF): Guideline – Updates on HIV and infant feeding (2016)
5. UNICEF: Infant and young child feeding (2012)
6. International Pediatric Association (IPA), International Confederation of Midwives (ICM), and the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO): Joint statement on breastfeeding, including breastfeeding by HIV-infected mothers (2011)
7. WHO: Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries (2011)
8. WHO: Indicators for assessing infant and young child feeding practices – Part 2: Measurement (2010)
9. WHO: Indicators for assessing infant and young child feeding practices – Part 3: Country profiles (2010)
10. World Association of Perinatal Medicine (WAPM): Donor human milk in preterm infant feeding – Evidence and recommendations (2010)
11. IPA: Statement on breastfeeding (2009)
12. WHO: Indicators for assessing infant and young child feeding practices – Part 1: Definitions (2008)
13. WHO and UNICEF: Global strategy for infant and young child feeding (2003)
14. UNICEF and WHO: Breastfeeding and maternal medication – Recommendation for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs (2002)
15. WHO: Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life (2002)
16. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. WHO 1981
17. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeeding Medicine*. 2009; 4(3):175-182.;
18. Inch S. Infant feeding. In: Marshall J, Raynor M, editors. *Myles' Textbook for Midwives*. sixteenth ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2014.;
19. Kent J, Mitoulas L, Cregan M, Ramsay D, Doherty D, Hartmann P. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics*. 2006; 117:e387-e395.;
20. Lawrence R, Lawrence R. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. 8 ed. United States: Elsevier; 2016.;
21. Mattson S, Smith J. *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing*. Fifth ed. Missouri: Elsevier; 2015.;
22. Permezel M, Walker S, Kyprianou K. *Beischer & Mackay's Obstetrics, Gynaecology and the Newborn*. 4th ed: Elsevier; 2015.
23. Queensland Clinical Guidelines: Routine newborn assessment 2014

24. Queensland Clinical Guidelines: Maternity and neonatal clinical guideline – Establishing breastfeeding (2016)
25. American Academy of Pediatrics (AAP): Clinical report on the effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children – The role of maternal dietary restriction, breastfeeding, hydrolyzed formulas, and timing of introduction of allergenic complementary foods (2019)
26. Moore E, Anderson G, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews.;Issue 5. Art. No.: CD003519 DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.
27. Queensland Department of Health. Safe infant sleeping, co-sleeping and bed-sharing. Document Number #QH-GDL-362:2013 [Internet] 2013. <https://www.health.qld.gov.au>.
28. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016;387:475-90
29. Kramer M, R. K. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2012; Issue 8. Art. No.: CD003517 DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2
30. World Health Organization. Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding [Internet] <http://apps.who.int>.