

**Linee guida per il counseling:  
Allattamento e consumo materno di  
Alcool, tabacco ed altre droghe**

**Maggio 2008**



Queste linee guida sono state elaborate dalla  
Sonoma County Breastfeeding Coalition e  
Sonoma County Perinatal Alcohol and Other Drug Action Team

Per informazioni sulle risorse disponibili sulla terapia e per smettere, si prega visitare  
[www.sonoma-county.org/mcah](http://www.sonoma-county.org/mcah)  
o telefonare 1-800-427-8982



## **Raccomandazioni**

1. Le madri a rischio per il consumo di tabacco, alcool o altre droghe devono essere valutate singolarmente in modo da determinare i rischi ed i vantaggi dell'allattamento. L'American Academy of Pediatrics avverte che "prima di scoraggiare l'allattamento o raccomandare un divezzamento precoce, il medico dovrebbe considerare attentamente i vantaggi dell'allattamento rispetto ai rischi legati a non ricevere latte umano" (AAP,2001).
2. Ad ogni donna dovrebbero essere chieste informazioni sul consumo di tabacco, alcool ed altre droghe in gravidanza e nel dopo parto. Ai genitori durante le visite pediatriche programmate di routine si dovrebbe fare un'anamnesi sul consumo familiare. Modalità di anamnesi non invasive, di sostegno e non giudicanti, permetteranno alle donne di aprirsi senza provare vergogna e senso di colpa. L'operatore sanitario ha a disposizione vari metodi di screening basati sull'evidenza e strumenti di intervento rapido.
3. Le donne che allattano e che sono consumatrici di alcool o fumatrici devono essere valutate e consigliate riguardo alla scelta di strategie per ridurre i danni.
4. L'allattamento è sicuro in caso di utilizzo terapeutico di metadone e deve essere sostenuto.
5. Le madri devono essere informate ed aiutate ad interrompere l'assunzione di anfetamine, cocaina, eroina, e/o marijuana. L'allattamento deve essere interrotto se non si è in grado di cessare il consumo di tutte le droghe di abuso.
6. Donne in fase di remissione "pulite" (che non hanno traccia di droghe) e vigili devono essere incoraggiate a prendere in considerazione l'allattamento che può rinforzare l'attaccamento materno e mantenere la remissione. Un adeguato sostegno durante l'immediato periodo dopo il parto gioca un ruolo fondamentale perché avviare l'allattamento può essere particolarmente frustrante per le donne che si trovano in fase di remissione. Molti esperti di terapia sostengono che un episodio di consumo isolato non costituisce in sé una previsione di recidiva a lungo termine. Un caso di singola recidiva renderebbe obbligatoria un'attenta valutazione e non dovrebbe costituire una controindicazione assoluta all'allattamento al seno.

### **Domande di Screening**

- Uno dei tuoi genitori ha mai avuto problemi con alcool o con altre droghe?
- Il tuo partner consuma mai tabacco, alcool o altre droghe?
- Prima di sapere di essere incinta, quante sigarette o spinelli fumavi?
- Quando è stata l'ultima volta che hai bevuto un bicchiere di vino, di birra od altre bevande alcoliche?
- Sei preoccupata per qualche altre droga a cui sei stata esposta prima di rimanere incinta?

da: Sonoma County Drug Free Babies Program

## Alcool

Non è stato ancora stabilito quale possa essere considerato un livello sicuro di alcool presente nel latte materno. “ E’ accettabile l’assunzione occasionale e in moderata quantità di una bevanda alcolica per festeggiare, ma si dovrebbe evitare di allattare nelle due ore successive al consumo della bevanda” (AAP,2005). L’alcool influisce negativamente sul sistema nervoso centrale sia della madre che allatta che del bambino. La capacità di essere responsivo ai bisogni del bambino da parte di chi se ne prende cura può risultare compromessa sotto l’influenza dell’alcool.

L’alcool viene rapidamente assorbito nel circolo sanguigno: a stomaco vuoto, il picco viene raggiunto entro 30-60 minuti dall’ingestione, mentre a stomaco pieno, il picco si raggiunge entro 60-90 minuti dall’ingestione.

La concentrazione di alcool nel latte materno aumenta e poi diminuisce in base ai livelli sierici materni. L’alcool non viene intrappolato nel “comparto” latte materno ma viene continuamente rimosso tornando di nuovo nel sangue materno. Bere acqua, riposare ed estrarre il latte non determinerà un’eliminazione più veloce della presenza di alcool dal latte materno. “Estrarre e gettare” [il latte materno, ndt] non è necessario a meno che la madre non intenda saltare molte poppate e desideri mantenere la sua produzione lattea e/o alleviare l’ingorgo mammario.

La tabella 1 in appendice indica l’intervallo di tempo trascorso tra l’inizio dell’assunzione di alcool fino alla sua completa eliminazione dal latte materno.

Con il 55% delle donne in età fertile che in California consuma alcool, i seguenti punti possono essere di aiuto all’operatore per l’elaborazione di programmi di orientamento:

- Distinguere chi beve un bicchiere di vino in determinate occasioni o chi, invece, consuma alcool come strategia di riduzione dello stress.
- Fare domande specifiche sul consumo – *Quanto beve ogni giorno, ogni settimana, ogni mese?*
- Dare istruzioni personalizzate sul tempo necessario per eliminare l’alcool dal latte materno
- Parlare dell’impatto dell’alcool sulla capacità di accudire un neonato. La condivisione del letto risulta essere particolarmente rischiosa se chi si prende cura del bambino ha assunto alcool
- Si è affermato che il malto presente nella birra stimoli la produzione lattea (Koletzko, 2000). Tuttavia, la birra non alcoolica potrà aumentare la produzione di latte senza esporre il bambino all’etanolo, che è noto per determinare una riduzione dei livelli di prolattina, e per bloccare la secrezione di ossitocina (Anderson, 1993).

Sono disponibili informazioni limitate sugli effetti a lungo termine dell’esposizione all’alcool attraverso il latte materno. L’acetaldeide, il metabolita dell’alcool che si pensa posseda effetti teratogeni in gravidanza, non passa nel latte materno anche nel caso in cui i suoi livelli siano misurabili nel sangue materno (Kesaniemi, 1974). Uno studio ha mostrato un lieve ma significativo effetto dannoso sullo sviluppo motorio a seguito di esposizione cronica anche nel caso di assunzione della madre che allatta di una sola bevanda alcoolica al giorno (Little et al., 1989).

## Tabacco

Il consumo materno di tabacco dovrebbe essere assolutamente sconsigliato, ma non rappresenta una controindicazione assoluta all'allattamento al seno (AAP, 2001). Alle madri che allattano e che fumano si dovrebbe consigliare di fumare soltanto dopo la poppata e di limitare il fumo quanto più possibile. Ai genitori si deve dare un forte avvertimento a mantenere un ambiente libero dal fumo sia casa che in auto, considerato che l'esposizione al fumo risulta un fattore di rischio provato sia per la sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS), che per asma, polmonite, bronchite, infezioni delle vie respiratorie superiori, ed otite media.

Il livello di nicotina nel latte materno risulta 2 o 3 volte maggiore rispetto a quello del siero materno. In relazione al tempo necessario per l'eliminazione della nicotina dal circolo sanguigno della madre e al fatto che per la "clearance" della nicotina nel neonato sono necessari tempi da 3 a 4 volte più lunghi rispetto a quelli della madre, si dovrebbe evitare di fumare nelle 2 o 3 ore precedenti la poppata.

Tutte le madri ed i membri della famiglia dovrebbero ricevere supporto per smettere di fumare. I programmi per smettere di fumare e le linee telefoniche dedicate sono risorse valide. Circa la metà di tutte le donne che smette di fumare in gravidanza riprende a fumare entro sei mesi dal parto e fino all'80% entro 12 mesi (National Partnership to Help Pregnant Smokers Quit, 2007). E' essenziale da parte dei pediatri e dei ginecologi un sostegno continuo. Anche un counseling di breve durata sulla possibilità di smettere di fumare può aumentare i livelli di interruzione dell'abitudine al fumo dal 30% al 70%

### **Intervento di supporto in 5 minuti per smettere di fumare**

#### **Consiglio - 1 minuto**

Dare un messaggio chiaro, forte, positivo e personalizzato per smettere.

#### **Valutazione - 1 minuto**

La donna ha intenzione di provare a smettere entro i prossimi 30 giorni?

Se **SI** proseguire con il programma **Aiuto**

Se **NO**, [considerare i seguenti punti ndt]

1. Ricompense per smettere
2. Rischi di continuare a fumare
3. Ostacoli alla sospensione
4. Vantaggi della sospensione immediata
5. La ripetizione conduce al successo

#### **Aiuto - 3 minuti**

Dare ai genitori materiali di "auto-aiuto" specifici.

Individuare i fattori scatenanti del ricorso alla sigaretta e le strategie per fronteggiarli

Stabilire una data per smettere

Individuare persone di sostegno in caso di bisogno d' aiuto

#### **Risorse per riferimenti:**

Northern California Center for Well-Being: 707-575-6043

California Smoker's Help Line: 1-800-No-Butts

Adattato da U.S. Public Health Service clinical practice guidelines.

## **La terapia sostitutiva della nicotina (NRT)**

L'AAP non fornisce alcuna raccomandazione a favore o contro l'uso della terapia sostitutiva della nicotina (NRT) per le donne che allattano (AAP, 2001). Hale cita soltanto un piccolo studio per concludere che smettere di fumare utilizzando i cerotti di nicotina sulle madri risulta essere più sicuro che continuare a fumare (Illett & Hale, 2003).

L'uso di NRT nella forma di gomma da masticare e/o di cerotti transcutanei elimina i rischi di esposizione ad altre sostanze chimiche presenti nelle sigarette.

- I cerotti transdermici producono un elevato livello di nicotina. Per ridurre l'esposizione alla nicotina si consiglia di rimuovere il cerotto durante le ore notturne.
- La gomma da masticare alla nicotina produce variazioni nei livelli plasmatici simili alle fluttuazioni provocate dal fumo. Sarebbe opportuno consigliare alle madri che scelgono di utilizzare la gomma alla nicotina di astenersi dall'allattare nelle 2 o 3 ore successive all'uso del prodotto (Hale, 2006).

La NTR può essere utilizzata come metodo di riduzione delle conseguenze del fumo mentre la madre prosegue nel suo percorso di smettere di fumare. La riduzione del danno può essere un passo importante verso la totale sospensione del consumo di tabacco.

## **Metadone**

L'allattamento non è controindicato per i neonati di madri che assumono una terapia di mantenimento con metadone (MMT), se la madre non è contemporaneamente consumatrice di altre droghe (AAP, 2001). Per questa popolazione di madri e neonati ad alto rischio, l'allattamento al seno rappresenta un chiaro vantaggio e dovrebbe essere incoraggiato.

Il passaggio di metadone nel latte materno è minimo. Uno studio ha analizzato campioni di latte materno provenienti da donne in MMT a dosi variabili tra 25 e 180 mg/die ed è giunto alla conclusione che l'ingestione giornaliera media di metadone nel neonato risultava 0.05 mg/die (McCarthy & Posey, 2000). Questo risultato è in accordo con altre casistiche pubblicate. Tale quantità di metadone non è sufficiente per prevenire una sindrome da astinenza neonatale [S.A.N.] e può essere richiesta una terapia aggiuntiva con oppiacei (Hale, 2006).

## **Marijuana**

Il consumo di marijuana/cannabis da parte di donne che allattano è controindicato (AAP, 2001; Hale, 2006).

Il Tetraidrocannabinolo (THC) presente nella marijuana si distribuisce rapidamente nel cervello e nel tessuto adiposo e poi passa nel latte materno (Hale 2006). Il THC è liposolubile e, in presenza di consumo massiccio cronico si accumula nel latte materno in concentrazioni elevate. I livelli di THC possono essere 8 volte più elevati nel latte materno piuttosto che nel plasma materno.

Sono disponibili ricerche limitate sugli effetti a lungo termine dell'esposizione alla marijuana attraverso il latte materno. Non sono state documentate sequele a lungo termine. Uno studio ha fatto rilevare un'associazione tra la presenza di THC nel latte materno ed un ritardo dello sviluppo motorio ad 1 anno di vita (Astley & Little, 1990). Il THC si deposita nel grasso per lunghi periodi e teoricamente può influire negativamente sullo sviluppo cerebrale. I piccoli esposti alla marijuana attraverso il latte materno avranno screening urinari positivi per 2-3 settimane. L'esposizione al fumo passivo di marijuana è un ulteriore rischio di salute dal momento che essa contiene oltre 150 altri componenti.

Studi eseguiti su animali suggeriscono che la marijuana può inibire la produzione di prolattina e che potrebbe inibire la lattazione materna (Hale, 2006). Altri effetti materni della marijuana comprendono una alterazione dell'attenzione delle capacità di giudizio, che influiranno negativamente sulla capacità della donna di riconoscere i segnali di fame e di prendersi cura in modo sicuro del suo bambino.

## **Metamfetamina e amfetamine allucinogene**

L'allattamento al seno è **controindicato in presenza di consumo** materno di metamfetamina e/o amfetamine allucinogene. Quantità significative di tali droghe si trasferiscono nel latte materno dal plasma materno dato il loro basso peso molecolare.

Le madri che hanno intenzione di allattare e si impegnano ad interrompere il consumo di droga possono essere istruite nell'uso di un tiralatte per svuotare il seno e per gettare il latte raccolto per 24-48 ore dopo il consumo. "Estrai e getta" è un intervento appropriato nelle donne che intraprendono un programma di recupero. Questa procedura aiuta a garantire la produzione di latte per il momento in cui il latte materno è sicuro da dare per neonato. Sono disponibili pochi studi controllati sugli effetti fisiologici della Metamfetamina o amfetamine allucinogene sui bambini esposti attraverso il latte materno e questo nonostante la diffusione del loro consumo. L'AAP riporta irritabilità e sonno disturbato nei piccoli esposti alle metamfetamine attraverso il latte materno. La distribuzione nel mercato illegale e la pratica di miscelare droghe con altre sostanze chimiche tossiche solleva ulteriori preoccupazioni sugli effetti dannosi per il bambino.

E' opportuno considerare problemi ambientali e di genitorialità quando si valuta una madre a rischio per via del consumo. Queste droghe alterano la capacità della madre di rispondere ai segnali di fame e alle altre necessità di base per il proprio figlio. La produzione di latte può risultare diminuita in rapporto alla riduzione di appetito della madre ed alla conseguente scarsa nutrizione, effetti collaterali consueti nel consumo di metamfetamina (National Institute on Drug Abuse, 2002).

## Appendice 1

**Tabella 1**

Intervallo di tempo compreso tra inizio della poppata e la completa eliminazione di alcool dal latte materno in donne di vario peso corporeo, presupponendo che il metabolismo dell'alcool sia costante a 15 mg/dl e che la donna sia di altezza media 170 cm (Anderson, 1995).

**\*1 drink = 355 ml di birra (alcool 5%),  
142 ml di vino (alcool 11%),  
44 ml di liquore (alcool 40%),**

Peso della Madre (Kg)	Numero di Drinks * (Ore: Minuti)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
40,82	2:50	5:40	8:30	11:20	14:10	17:00	19:51	22:41
45,36	2:42	5:25	8:08	10:51	13:34	16:17	19:00	21:43
48,89	2:36	5:12	7:49	10:25	13:01	15:38	18:14	20:50
54,43	2:30	5:00	7:30	10:00	12:31	15:01	17:31	20:01
58,97	2:24	4:49	7:13	9:38	12:03	14:27	16:52	19:16
63,50	2:19	4:38	6:58	9:17	11:37	13:56	16:15	18:35
68,04	2:14	4:29	6:43	8:58	11:12	13:27	15:41	17:56
72,57	2:10	4:20	6:30	8:40	10:50	13:00	15:10	17:20
77,11	2:05	4:11	6:17	8:23	10:28	12:34	14:40	16:46
81,65	2:01	4:03	6:05	8:07	10:08	12:10	14:12	16:14
86,18	1:58	3:56	5:54	7:52	9:50	11:48	13:46	15:44
90,71	1:54	3:49	5:43	7:38	9:32	11:27	13:21	15:16

## **Bibliografia**

- American Academy of Pediatrics (2001). Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 108(3), 776-789.
- American Academy of Pediatrics (2005). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 115, 496-506 DOI:10.1542/peds.2004-2491.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2005). Committee Opinion number 316.
- Anderson P.O. (1993). Alcohol and breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 11, 479-450.
- Anderson P.O. (1995). The galactopharmacopedia, alcohol and breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 11, 321-323.
- Astley, S. J. & Little, R. E. (1990 ). Maternal marijuana use during lactation and infant development at one year. *Neurotoxicology and Teratology*, 12(2), 161-168. Retrieved October 1, 2006, from Pub Med.
- California Department of Public Health, (2005). Preconception Health: Selected Measures, California, 6.
- Hale, T. (2006). Medications and mothers' milk. Amarillo, Texas: Hale Publishing.
- Ilett, K. F. & Hale, T. (2003), Use of nicotine patches in breast-feeding mothers: transfer of nicotine and cotinine into human milk. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 74(6), 516-24. Retrieved August 27, 2006, from Pub Med.
- Ito, S. (2000). Drug therapy for breastfeeding women. *New England Journal of Medicine*, 343(2), 118-126.
- Kesaniemi, Y.A. (1974). Ethanol and acetaldehyde in the milk and peripheral blood of lactating women after ethanol administration. *Journal of Obstetrical Gynaecology British Commonwealth*, 81, 84-86.
- Koletzko, B. & Lehner, F. (2000). Beer and Breastfeeding. *Advances In Experimental Medicine and Biology*, 478: 23-8.
- Little, R.E., Anderson, K.W., Ervin, C.H., Worthington-Roberts, B., & Clarren, S.K. (1989). Maternal alcohol use during breastfeeding and infant mental and motor development at one year. *New England Journal of Medicine*, 321, 425-30.
- McCarthy, J. & Posey, B. (2000). Methadone levels in human milk. *Journal of Human Lactation*, 16(2), 115-120.
- National Institute on Drug Abuse. (2006, September). Methamphetamine: Abuse and Addiction. Retrieved May 1, 2008, from <http://www.nida.nih.gov/PDF/RRMetham.pdf>
- National Partnership to Help Pregnant Smokers Quit. (2007, August 15). Quitline Toolkit. Retrieved May1, 2008, from <http://www.helppregnant smokersquit.org/assets/documents/QuitlineToolkitFinal.pdf>
- Perez-Reyes, M. & Wall, M. E. (1982). Presence of delta9-tetrahydrocannabinol in human milk. *New England Journal of Medicine*, 16(2), 819-820.
- Schatz, B. (1998). Nicotine Replacement products: Implications for the Breastfeeding Mother. *Journal of Human Lactation*, 14 (2), 161-163.