

# Risikofaktorer, som påvirker amning

## Sekretorisk aktivering (mælken løber til):

Sker normalt mellem 24 og 72 timer efter fødslen.  
Dette sætter gang i (starter) en øgning af mælkemængden.<sup>1</sup>

## Forsinket sekretorisk aktivering

Dette defineres som let eller ingen følelse fra moderens side af, at brystet er fuldt eller lækker > 72 timer efter fødslen.<sup>1</sup>

## Komplikationer ved forsinket sekretorisk aktivering

Kvinder, der oplever forsinket sekretorisk aktivering, har 60 % større sandsynlighed for at holde op med at amme efter 4 uger.<sup>2</sup>

Over 40 % af mødre har risiko for forsinket sekretorisk aktivering.<sup>3</sup>



## Der er visse betingelser eller omstændigheder, som giver mødre risiko for forsinket sekretorisk aktivering

Der bør screenes for disse risikofaktorer før og efter fødslen, da de kan have en negativ virkning på amningen og mælkeproduktionen

### Mange af disse risikofaktorer kan vurderes inden fødslen:



- Maternel overvægt<sup>4-6</sup>
- Diabetes<sup>1,7</sup>
- Maternel alder over 30<sup>1,7</sup>
- Brystreducerende operation<sup>8</sup>
- Førstegangsfødende<sup>1,7,9</sup>
- Planlagt kejsersnit<sup>10</sup>
- Igangsætning af fødslen – Sammenlignet med mødre, som går i fødsel spontant, har mødre, som bliver sat i gang, større sandsynlighed for at få kejsersnit, epidural, episiotomi og blødning efter fødslen<sup>9,11</sup>

### Nogle risikofaktorer kan bemærkes under eller efter fødslen:



- Uplanlagt/akut kejsersnit<sup>10</sup>
- Stressfyldt eller længerevarende vearbejde og fødsel<sup>3,12-14</sup>
- Psykosocial stress/smerter<sup>1</sup>
- Blødning efter fødslen<sup>1,15</sup>
- Præmature eller senpræmature spædbørn<sup>1,16</sup>
- Adskillelse af mor og barn<sup>17</sup>
- Forsinket første ammeepisode<sup>18</sup>
- Supplering med modermælkerstatning inden for de første 48 timer<sup>1,9</sup>
- Amning (eller pumpning) < 8 gange på 24 timer<sup>18-21</sup>
- Yderligere risikofaktorer: spædbørns madningsproblemer og overforbrug af narresutter<sup>1,9</sup>

Førstegangsfødende har 30-40 % øget risiko for forsinket sekretorisk aktivering. Førstegangsfødsel kombineret med en hvilken som helst af de andre risikofaktorer giver disse kvinder en meget højere risiko for utilstrækkelige mælkemængder.<sup>1</sup>

## Det er afgørende at gribe ind i tide for at minimere virkningen af disse forhold på den fremtidige mælkeproduktion



**En standardiseret mælkeproduktions-protokol for mødre i risikogruppen, som omfatter:** Identifikation af kvinder i risikozonen under graviditet, bedste praksis med effektiv tidlig støtte til mælkeproduktionen for identificerede kvinder med risikofaktorer.

**Oplysning til gravide kvinder og deres familier om:**<sup>9,22,23</sup> De forskellige stadier i mælkeproduktionen, mælkeproduktionsprocessen, risikofaktorer forbundet med forsinket sekretorisk aktivering, den bedste praksis til at sikre tilstrækkelige mælkemængder.

**Alle kvinder skal tilbydes en vurdering af den prænatale mælkeproduktion:**<sup>1,23</sup> Alle risikofaktorer skal dokumenteres og kommunikeres i fødselsjournalen, og den gravide skal informeres, og hendes situation skal drøftes.



### Uddan hospitalspersonalet om:<sup>21,24</sup>

De forskellige stadier i mælkeproduktionen, mælkeproduktionsprocessen, risikofaktorer forbundet med forsinket sekretorisk aktivering, bedste praksis for at sikre tilstrækkelige mælkemængder, som en del af mælkeproduktionsprotokollen for mødre i risikogruppen.

### Igangsætning af mælkeproduktionen:<sup>1,18,21,25</sup>

Frem tidlig, hyppig og optimal bryststimulering, undgå startforsinkelser, brug pumper af hospitalskvalitet, der efterligner spædbarnets sugemønster (disse har vist sig at hjælpe udsatte mødre med at opnå tilstrækkelige mælkemængder, når forsinket sekretorisk aktivering forekommer).

- For nogle mødre med risikofaktorer kan maksimering af bryststimulering og fuldstændig tømning ved hjælp af pumpning og håndudmalkning sammen med amningen være nødvendigt for at sætte dem i stand til at nå tilstrækkelige mængder af brystmælk.<sup>1</sup>

- Hvis man vælger at se tiden an, kan det føre til endnu tidligere problemer med amningen.

- Kvinder, som oplever en forsinkelse i sekretorisk aktivering, kan have lavere evne til at opretholde amningen og fuldammes efter fire uger.<sup>2</sup>

- Risikofaktorer og forsinket sekretorisk aktivering bør anvendes som en klinisk markør for at identificere kvinder, som har højere risiko for at få problemer med amningen og for at holde op med at amme tidligt.<sup>2</sup>

## Få mere at vide om at beskytte mælkeproduktionen for mødre med risikofaktorer på [medela.com/atrisk](https://www.medela.com/atrisk)

**Kildehenvisninger:** 1 Hurst NM. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):588-594. 2 Brownell E et al. J Pediatr. 2012; 161(4):608-614. 3 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 4 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025-1036. 5 Rasmussen KM, Kjolhede CL. Pediatrics. 2004; 113(5):e465-71. 6 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017; 33(4):684-691. 7 Wu J-L et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385-392. 8 Kraut RY et al. PLoS One. 2017; 12(10):e0186591. 9 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003; 112(3):607-619. 10 Hobbs AJ et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16:90. 11 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 12 Grajeda R, Pérez-Escamilla R. J Nutr. 2002; 132(10):3055-3060. 13 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S-3015S. 14 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013; 69(4):828-839. 15 Thompson JF et al. Int Breastfeed J. 2010; 5:5. 16 Boies EG, Voucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11:494-500. 17 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89-97. 18 Salariai EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 19 Huang S-K, Chih M-H. Breastfeed Med. 2020; 15(10):639-645. 20 Furman L et al. Pediatrics. 2002; 109(4):e57. 21 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015; 24(3):160-170. 22 Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. Am Diet Assoc. 1999; 99(4):450-454; quiz 455-456. 23 Spatz DL. MCN Am J Matern Child Nurs. 2020; 45(3):186. 24 Cavine A et al. Int Breastfeed J. 2016; 12:6. 25 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493-499.