



Il neonato dimesso precocemente

LUISA MAROLLA

Pediatra di Famiglia, Roma

Il "new deal" della dimissione precoce, che è quasi la regola negli Stati Uniti e che in Italia è, per ora, solo una tendenza, ha cambiato un po' le cose, e cambierà, probabilmente, di più in futuro. Il passaggio del neonato dalle cure ospedaliere alle cure domiciliari richiede comunque uno sveltimento dei tempi tecnici e conseguentemente un aumento delle competenze del pediatra di famiglia.

Gli Stati Uniti sono stati il primo Paese in cui, a partire dagli anni Ottanta, è stata sperimentata una degenza più breve in ospedale per il neonato a termine sano, pratica che ora è ampiamente diffusa.

Infatti, nonostante l'*American Academy of Pediatrics* abbia nel '94 definito come ottimale una degenza di 48 ore per il nato da parto vaginale e di 96 ore per il nato da taglio cesareo, in moltissimi ospedali la dimissione avviene già entro 30 ore^{1,2}.

In Europa ogni Paese si comporta diversamente³; in Olanda una donna che partorisce un neonato sano torna a casa dopo poche ore; in Belgio rimane ricoverata per 4-5 giorni; in Italia il tempo di ricovero raccomandato è superiore a 48 ore per il nato da parto vaginale, di 6-7 giorni per il nato da taglio cesareo⁴.

Alla base della riduzione della degenza sono:

- la volontà delle assicurazioni private e dello Stato di ridurre i costi di degenza ospedaliera¹;
- la crescente tendenza della cultura dei Paesi occidentali a demedicalizzare il parto, a favorire un più precoce contatto madre-neonato, reso difficile dalla struttura e dall'organizzazione ospedaliera.

EARLY DISCHARGE OF THE NEWBORN BABY (*Medico e Bambino* 2002;21:674-677)

Key words

Early discharge, Newborn care

Summary

The practice of early discharge of the newborn baby has become more common, due to the needs for cost containment and in response to the demand for demedicalisation of childbirth. Family paediatricians are concerned about the potential risks for the health of newborn babies linked to this practice. The available studies in fact do not provide any evidence for increased health risks, with the exception of term newborns discharged earlier than 30 hours after birth. The crucial point remains the timeliness and quality of clinical follow-up, particularly to ensure early detection of danger signs and advice for feeding problems.

A FRONTE DI INDUBBI VANTAGGI, QUALI RISCHI CORRE IL NEONATO?

La letteratura che abbiamo a disposizione è naturalmente tutta statunitense, e pertanto specchio di una realtà diversa dalla nostra, dove il problema "costi" è quello dominante; ma da questa non si può prescindere per analizzare i rischi.

Non esistono RCT che documentino la "sicurezza" della dimissione prima delle 48 ore, perché sarebbe eticamente improponibile dimettere il neonato comunque, indipendentemente dall'esito di un esame obiettivo e/o in caso di rifiuto da parte della madre; pertanto, in tutti i casi, la dimissione

precoce è frutto di una valutazione di buona salute da parte del neonatologo e di un accordo con la famiglia⁵.

Si tratta perciò di studi caso/controllo⁶ che esaminano il follow-up di coorti di neonati a termine sani dimessi precocemente e non. Purtroppo, però, gli effetti presi in considerazione per la valutazione del rapporto rischi/benefici sono molto diversi da uno all'altro, e non permettono confronti: in alcuni casi viene valutato il rischio di reospedalizzazione nel primo mese, in altri la durata dell'allattamento al seno, in altri ancora la soddisfazione delle madri.

Sul risultato finale, poi, incide enormemente l'organizzazione dell'assi-

stenza nel territorio; infatti, nei casi in cui la madre, dimessa precocemente, riceve visite domiciliari giornaliere o quasi nei primi 7-10 giorni da parte di ostetrica e puericultrice, è evidente che la salute è garantita, e viene anche facilitato il precoce contatto madre-figlio, fondamentale per un buon avvio dell'allattamento al seno, e viene favorita una cosciente presa in carico del piccolo da parte della madre⁷.

Comunque, analizzando nei loro insieme gli studi disponibili su un grande numero di neonati, non sembra esserci un maggiore rischio se la dimissione avviene prima di 48 ore. Esiste invece un maggior rischio per i neonati dimessi prima di 30 ore rispetto a quelli dimessi dopo le 48 ore⁸, perché la fase di adattamento postnatale non si esaurisce entro le 48 ore, ma si prolunga fino al 4° giorno, e la comparsa di complicazioni deve essere tenuta presente durante tutta la prima settimana di vita.

A questo proposito riporto il pensiero espresso in un articolo-commento sulla dimissione precoce dalla dott.ssa A. Parisi: «Garantire 48 ore di degenza può ingenerare false sicurezze; mamma e neonato devono essere attentamente seguiti nel corso della 1° settimana dentro o fuori dell'ospedale»².

PROBLEMI NEONATALI

Tralasciando quindi la durata della degenza, quali sono i problemi che un neonato può presentare nella prima settimana di vita?

Partendo dai dati - sempre americani - sulle cause di reospedalizzazione^{9,10} entro il 1° mese di vita, i problemi più rilevanti sono:

- l'alimentazione e il calo eccessivo di peso;
- l'ittero;
- le cardiopatie.

Calo eccessivo di peso

L'emissione di meconio e di urine dopo la nascita non è compensata da un equivalente introito alimentare, tanto è vero che un calo del peso neonatale è fisiologico e non desta preoccupazione. Tuttavia, in presenza di patologie (infezioni, anemia grave, distress

respiratorio), il calo di peso può essere eccessivo e diventare patologico. Tra le cause "non patologiche", meno gravi, ma molto frequenti nel neonato a termine "sano", ci sono un ritardato attaccamento del neonato al seno materno, una suzione poco corretta o un numero limitato di poppate.

È considerato "normale" un calo fino al 10-15% del peso della nascita, che deve essere recuperato entro 7-10 giorni; tuttavia, negli allattati al seno (che almeno nella prima settimana dovrebbero essere la quasi totalità) un calo superiore al 7%, pur non patologico, può essere la spia di un allattamento non partito bene, che necessita di adeguato supporto¹¹.

La prescrizione di un latte artificiale in alternativa al materno, presente sulla quasi totalità dei foglietti di dimissione degli ospedali nonostante il divieto esplicito ribadito dal ministro Veronesi nel novembre 2000¹², nonché gli orari rigidi delle poppate non facilitano il buon avvio dell'allattamento; se a questo aggiungiamo l'intervallo tra dimissione, iscrizione e visita presso il pediatra di famiglia, è comprensibile il basso tasso di allattati al seno¹³.

I rischi che accompagnano un eccessivo calo di peso sono:

- aumento dell'ittero,
- disidratazione ipernatriemica,
- interruzione dell'allattamento al seno.

Anche se il contesto è ancora una volta americano, nel 1995 Cooper ha pubblicato i dati di 5 neonati, ricoverati nel 1° mese di vita per grave disidratazione ipernatriemica. Si trattava di neonati che avevano perduto fino al 35% del peso neonatale nel primo mese di vita; erano figli di genitori colti, benestanti, ma non erano mai stati visitati e pesati dalla dimissione fino al giorno del ricovero¹⁴. A noi sembra impossibile che questo possa accadere da noi, conoscendo l'attenzione delle mamme italiane per la bilancia, la doppia pesata e la crescita; però capitano sempre più frequentemente bambini stranieri che corrono questo rischio, se non esiste una efficiente rete di assistenza dopo la dimissione¹⁵. È importante chiedere sempre, quando questi neonati sono allattati artificialmente,

come viene preparato il latte, perché spesso le mamme lo usano più diluito, spaventate per i costi apparentemente eccessivi dei lattini in polvere.

Ittero

L'iperbilirubinemia è fisiologica nel neonato. La ridotta emivita dei globuli rossi contenenti HbF, l'elevata quota di emoglobina presente alla nascita, la ridotta captazione epatica della bilirubina (B) ne sono responsabili; tuttavia esistono fattori di rischio che possono trasformare un ittero fisiologico in patologico (Tabella I). Questa evenienza rappresenta il 50% circa delle cause di reospedalizzazione nel primo mese.

La colorazione gialla della cute compare per valori di B > 5 mg/dl; il neonato sano a termine non presenta ittero in 1° giornata, ma in genere dopo le 24-48 ore, e un occhio anche esperto non è in grado di distinguere fra 10 mg/dl e 13 mg/dl, determinante per indirizzare a un trattamento: più precocemente viene dimesso il neonato e più questo parametro deve essere controllato con una misurazione di laboratorio¹⁶.

In un recente articolo¹⁷ vengono riportati 90 casi di ittero nucleare, avvenuti negli Stati Uniti dal 1992 al 2000 in nati a termine "sani"; di questi solo 6/90 sono vivi e senza sequele neurologiche gravi. Solo in 16/90 era stato eseguito un dosaggio della B prima della dimissione, avvenuta intorno alle 48 ore, e solo nella metà dei casi era stata consigliata una visita di controllo a breve termine (7 giorni).

Gli Autori concludono invitando a:

- eseguire un dosaggio della B a tutti i neonati, tanto più se dimessi precocemente;
- adottare un nomogramma¹⁸ che permetterebbe l'identificazione precoce dei soggetti a basso, medio, alto ri-

FATTORI DI RISCHIO PER IPERBILIRUBINEMIA	
<input type="checkbox"/>	Incompatibilità ABO
<input type="checkbox"/>	Razza asiatica
<input type="checkbox"/>	Deficit di G6PD, sindrome di Gilbert
<input type="checkbox"/>	Cefaloematoma di grandi dimensioni
<input type="checkbox"/>	Scarsa alimentazione

Tabella I



schio con un solo prelievo eseguito dopo le prime 24 ore di vita (Figura 1);

- monitorare accuratamente i soggetti a rischio.

Nell'editoriale¹⁶, comparso nello stesso numero della rivista, si ipotizzano 3 cause di questa ricomparsa dell'ittero nucleare, quasi assente nelle decadi precedenti:

1. la dimissione precoce;
2. l'aumento dell'allattamento al seno;
3. la diminuita attenzione dei medici, da quando i valori di B, considerati a rischio di danno neurologico, sono passati da 20 mg/dl a 30 mg/dl.

L'allattamento materno è stato chiamato in causa più volte come responsabile di iperbilirubinemia.

Nonostante manchino evidenze chiare circa un aumento dell'ittero nei neonati allattati al seno, se ben alimentati¹¹, ci sono varie ipotesi a favore di un aumento della B in questi soggetti per la presenza di ormoni materni e per più alti livelli di β -glicuronidasi. Tuttavia questo tipo di ittero ha un decorso ben diverso da quello dell'ittero neonatale patologico: inizia alla fine della prima settimana, prolungando la durata dell'ittero fisiologico; non è mai intenso, anche se di lunga durata, e permane anche per 3-4 settimane.

NB: L'altra causa di ittero tardivo, abbastanza rara da non entrare nelle statistiche ma abbastanza grave e "urgente" (per l'intervento chirurgico che deve essere quanto più precoce possibile, nelle prime settimane

di vita), è l'atresia delle vie biliari. Qui la bilirubinemia è diretta, e il criterio di allarme è molto semplice: lo scolorimento delle feci, giusto il contrario di quanto avviene nell'ittero emolitico.

Il vero rischio di iperbilirubinemia, legato all'allattamento al seno, è quello che è stato definito "breast-nonfeeding jaundice"¹⁹, cioè un ittero da alimentazione al seno insufficiente; in questo caso, infatti, si avrebbe una situazione equivalente a quella indotta dal digiuno nell'adulto con sindrome di Gilbert, in cui la B si può raddoppiare nell'arco di 24 ore.

La somministrazione di liquidi (acqua o soluzione glucosata), proposta in attesa della montata latte o in aggiunta al latte materno, ha effetti ancora peggiori: riduce la fame e quindi la suzione valida del neonato e aumenta il riassorbimento epatico della B¹¹.

Cardiopatie

Sebbene di gran lunga più rare, le cardiopatie congenite (CC) gravi colpiscono lo 0,4-0,5% dei nati vivi a termine. Le modificazioni emodinamiche tipiche dei primi giorni di vita, legate alla pervietà del dotto di Botallo, rendono queste patologie riconoscibili alla nascita solo in 1/3 dei casi, spesso nell'ambito di patologie malformative multiple o particolarmente complesse²⁰.

Per gli stessi motivi anche il soffio non è sempre presente, e viene riconosciuto solo nel 50% dei casi²¹.

Da un'ampia casistica di neonati a termine cardiopatici risulta che il 60% di questi, diagnosticati affetti da grave CC entro l'anno di vita, erano stati dimessi come sani o con una lieve "abnormal examination", non tale da richiedere un approfondimento diagnostico specialistico²².

Una patologia cardiaca a esordio più tardivo, e alla quale si deve pensare davanti a un lattante che non cresce bene o che respira male, è la coartazione aortica²³, patologia che si manifesta solo dopo la chiusura del dotto di Botallo, per la cui prognosi l'intervento precoce è determinante.

QUALE COMPITO PER IL PEDIATRA DI FAMIGLIA?

Raramente ci capita di visitare neonati nella prima settimana di vita, sia perché da noi non è ancora diffusa la pratica della dimissione precoce, sia perché i centri nascita tendono a richiamare i neonati a 7 giorni per un controllo, sia per i tempi burocratici necessari per la scelta del pediatra.

D'altro canto perfino il 1° bilancio di salute, previsto dalla nostra Convenzione, è a 1 mese di vita nelle regioni più avanzate e a 2 mesi in tutte le altre.

Tuttavia è molto probabile che si arrivi anche in Italia a una più breve degenza postnatale; d'altronde anche oggi i genitori che già ci conoscono perché seguiamo il loro primo figlio ci portano il neonato molto precocemente.

Dobbiamo pertanto sapere quali compiti ci spettano per assicurare una continuità di assistenza nei primi giorni di vita:

1. Visitare quanto prima il neonato dimesso dall'ospedale (entro 7 giorni). È sicuramente il momento più favorevole per instaurare un rapporto con la madre; si è visto infatti che la capacità di recepire messaggi è migliore a qualche giorno dal parto piuttosto che subito dopo, quando è ancora frastornata.

Compito primo sarà quello di rassicurarla sulle sue capacità di allattare, dandole solo qualche consiglio su come

- controllare il calo di peso,

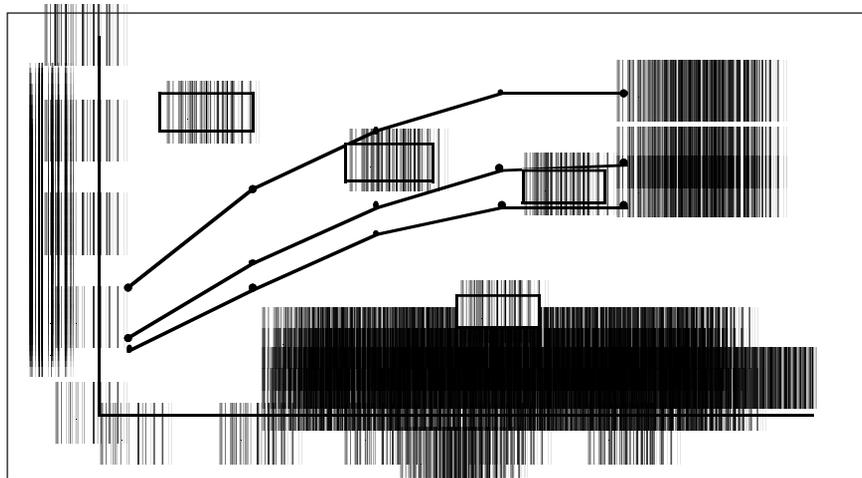


Figura 1. Designazione del rischio neonatale di iperbilirubinemia basata su un'unica determinazione.

RACCOMANDAZIONI PER IL TRATTAMENTO DELL'IPERBILIRUBINEMIA IN NEONATI A TERMINE SANI

Età in ore*	Considerare fototerapia	Iniziare fototerapia
<24	> 10 mg/dl	> 15 mg/dl
25-48	> 13 mg/dl	> 18 mg/dl
49-72	> 15 mg/dl	> 20 mg/dl
>72	> 17 mg/dl	> 22 mg/dl

*Un neonato itterico nelle prime 24 h può non essere "sano": ricercare le cause di ittero
Da AAP, Pediatrics 1994,94:560

Tabella II

• verificare un buon avvio dell'allattamento²⁴.

In caso di calo di peso eccessivo, proporre poppate molto frequenti in attesa della montata latte (10-12/giorno), evitare la somministrazione di altri liquidi, disincentivare l'uso del succhiotto. Nei casi in cui la perdita di peso fosse eccessiva e non fosse sufficiente il latte materno, deve essere prescritta una integrazione di latte artificiale per non incorrere nei rischi di disidratazione, di cui sopra, da somministrare con il cucchiaino per evitare l'abitudine al succhiotto.

2. Valutare l'intensità dell'ittero (la cui progressione è cranio-caudale); nel dubbio fare eseguire prontamente una BT e confrontarla con le tabelle di riferimento (Tabella II). Tenere conto anche di eventuali fattori di rischio per iperbilirubinemia (Tabella I).

3. Ricercare attentamente i polsi femorali (a partire dalla prima settimana, ma anche nei mesi successivi), ricordando che scarso accrescimento e sintomi respiratori nei primi giorni di vita possono essere sintomi di cardiopatie.

4. Inviare al cardiologo tutti i neonati con soffio (nella metà dei casi di soffio anche modesto in epoca postnatale si riscontra una cardiopatia).

CONCLUSIONI

La prima visita del neonato è un momento importantissimo per il pediatra per stabilire un contatto con la famiglia: quanto più precocemente avviene,

maggiori saranno le richieste dei genitori, i loro dubbi (allattamento, coliche, medicazione ombelicale), e tanto più numerosi saranno i problemi clinici che il pediatra deve affrontare (calo di peso, ittero, sviluppo neurologico, displasia dell'anca, cataratta congenita, cardiopatia) e i messaggi che deve trasmettere (posizione in culla, prevenzione di incidenti).

In questa sede sono stati messi a fuoco solo i problemi che devono essere affrontati con tempestività, perché un intervento immediato ne modifica la prognosi: i 6 neonati con ittero nucleare, senza sequele neurologiche, erano stati reospedalizzati tutti entro 7 giorni dalla nascita; la diagnosi di cataratta congenita invece, come quella di un problema neurologico, può essere eseguita anche nel 1° mese, senza rischi aggiuntivi.

Bibliografia

1. Parisi VM, Meyer BA. To stay or not to stay? That is the question. N Engl J Med 1995; 333:1635-7.
2. Parisi Eaton A. Early postpartum discharge: raccomandations from a preliminary report to congress. Pediatrics 2001;107:400-3.
3. Claris O. La situation dans les autres pays de la communauté européenne. Arch Pédiatr 2001;8(suppl2):498.
4. Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato. Riv Ital Pediatr 2000;26:232-43.
5. Braveman P. Early discharge and evidence-based practice. JAMA 1997;278:334-6.
6. Margolis LH. A critical review of studies of newborn discharge timing. Clin Pediatr 1995; 34:626-34.

7. Gagnon AJ, Dougherty G, Jimenez V, Leduc N. Randomized trial postpartum care after hospital discharge. Pediatrics 2002;109:1074-80.
8. Liu LL, Clemens CJ, Shay DK, et al. The safety of newborn early discharge. JAMA 1997; 278:293-8.
9. Danielsen B, Castles AG, Damberg CL, et al. Newborn discharge timing and readmissions: California, 1992-1995. Pediatrics 2000;106:31-9.
10. Edmonson MB, Stoddard JJ, Owens LM. Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborns. JAMA 1997;278:299-303.
11. Gartner LM, Herschel M. Jaundice and breastfeeding. Pediatric Clin North Am 2001; 48(2):389-99.
12. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale, n.263 10/11/2000.
13. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breastfeeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. BMJ 2001;3213: 1358-61.
14. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. Pediatr Clin North Am 2001;48(2): 273-97.
15. Kotagal UR, Atherton HD, Eshett R, et al. Safety of early discharge for medicaid newborns. JAMA 1999;282:1150-6.
16. Poland RL. Preventing kernicterus: almost there. J Pediatr 2002;140:385-6.
17. Johnson LH, Bhutani VK. System-based approach to management of neonatal jaundice and prevention of kernicterus. J Pediatr 2002;140:396-403.
18. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a pre-discharge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. Pediatrics 1999;103:6-14.
19. De Carvahlo M, Robertson S, Klaus M. Fecal bilirubin excretion and serum bilirubin concentrations in breastfed and bottle-fed infants. J Pediatr 1985;107:786-90.
20. Ward KE, Pryor RW, Matson JR, et al. Delayed detection of coarctation in infancy: implications for timing of newborn follow-up. Pediatrics 1990;86:972-6.
21. Ainsworth SB, Wyllie JP, Wren C. Prevalence of clinical significance of cardiac murmurs in neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1999;80:F43-F45.
22. Wren C, Richmond S, Donaldson L. Presentation of congenital heart disease in infancy: implications for routine examination. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1999;80: F49-F53.
23. Kuehl KS, Loffredo CA, Ferencz C. Failure to diagnose congenital heart disease in infancy. Pediatrics 1999;103:743-7.
24. Janson S, Rydberg B. Early postpartum discharge and subsequent breastfeeding. Birth 1998;25:222-5.

