

# I tre paradossi della dimissione precoce

DANTE BARONCIANI, ROBERTO BELLÙ, RINALDO ZANINI  
Unità Operativa di Patologia Neonatale, Azienda Ospedale di Lecco

*I tre paradossi sono: l'utilità della dimissione precoce è data come provata, in realtà senza prove; la dimissione precoce riguarda la popolazione a basso rischio, ma prevede un follow-up domiciliare che, se limitato a questa fascia, rischia di sguarnire quella ad alto rischio; infine, la dimissione precoce trascura il problema della depressione post-partum. Si tratta di paradossi in qualche modo deboli, forse, come l'autore sembra suggerire, di pretesti perché il problema più generale della presa in carico e del successivo "scarico" della gestante (e della famiglia) venga riconsiderato nella sua globalità.*

La letteratura relativa alla dimissione precoce è nel complesso caratterizzata dalla finalità di valutare eventuali effetti negativi associati alla stessa; in particolare i temi in esame sono quelli del mancato inizio o del prematuro abbandono dell'allattamento al seno, della mancata identificazione di alcune anomalie congenite, dell'incompletezza degli screening in epoca neonatale, dei problemi di alimentazione e dell'eventuale disidratazione ipernatremica, dell'ittero e del relativo rischio di riospedalizzazione. Molti di questi studi riportano la possibilità teorica degli eventi piuttosto che la misura degli stessi, in particolare per quanto riguarda eventi la cui frequenza è rara.

L'analisi della letteratura, e dei relativi risultati, è resa difficile da alcuni elementi:

- vi è una diversa definizione della precocità nei diversi studi. Alcuni utilizzano le 24-48 ore, altri le notti di degenza; gli indicatori cambiano nel tempo e nei diversi Paesi ove sono condotti gli studi;
- vi è una diversa definizione delle popolazioni studiate. In alcuni studi la decisione della dimissione è assunta dal medico sulla base di protocolli, in altri tiene conto del desiderio della donna, in altri ancora dopo l'arruolamento, secondo criteri stabiliti, il tempo della dimissione è definito secondo tecniche di randomizzazione;
- la dimissione precoce avviene secondo diverse modalità, in alcuni casi è previsto un follow-up (con date diverse), in altri una o più visite domiciliari.

Una revisione condotta da Braveman evidenzia che negli studi senza follow-

## THE PARADOXES OF EARLY DISCHARGE (Medico e Bambino 18, 181-183, 1999)

### Key words

Early newborn discharge, Breastfeeding, Maternal depression, Neonatal jaundice, Neonatal screening

### Summary

The evidence on the health consequences of early newborn discharge are reviewed. Most of the studies on early discharge are aimed at showing that early discharge is safe and that no serious negative side effects are produced, rather than showing any benefit. In fact, marginal benefits from early discharge were shown only on breastfeeding. In many settings early discharge is accompanied by home visiting and follow up programs to reduce the risk of negative health events but the ultimate effect of this policy is to provide more services to low risk families. Finally, little attention has been paid to the consequences of early discharge on the familiar context rather than only on newborn health. For example, studies do not address the problem of maternal depression which could be affected by discharge policies. The author reports data from his own maternity service showing a high prevalence of health and social problems among the mothers soon after discharge from maternity. In conclusion, the debate on early discharge is diverting the attention from the real problems linked with the whole birth experience and the role that health services can play to promote a better start.

up, pur tenendo conto delle pesanti limitazioni metodologiche che li caratterizzano, non vi è evidenza di una "sicurezza" della dimissione precoce senza servizi compensatori. Per quanto riguarda gli studi in cui è previsto un follow-up a distanza di 1-3 giorni post-dimissione, l'indicatore più utilizzato è quello relativo al tasso di ricovero post-dimissione, mentre non vi sono informazioni riproducibili relativamente allo stato di salute della madre e del bambino. Questa politica di dimissione precoce potrebbe determinare un minore accesso alle cure da parte della popolazione con svantaggio socioeconomico, come dimostrato in altri studi. Gli studi che prevedono l'esecuzione di visite a domicilio post-dimissione evi-

denziano un'efficacia della stessa nelle popolazioni a basso rischio, anche se non è chiaro il numero di visite necessarie per ottenere tale efficacia. La potenza di questi studi non è tuttavia sufficiente a dimostrare se il tasso di riospedalizzazione sia significativamente aumentato. È stato calcolato che in uno studio clinico controllato, per un tasso di ricovero del 2%, è necessario reclutare 14.000 nati per braccio per evidenziare un incremento del 25% nel tasso stesso.

Stabilite queste premesse metodologiche, è possibile passare brevemente in rassegna i principali problemi:

- il tasso di ricovero è, nei diversi studi, compreso tra l'1% e il 4%; è per lo più determinato dall'ittero (85%), da problemi

di disidratazione e da sospette infezioni. La popolazione con disagio sociale è più vulnerabile (rischio relativo pari a 2.6). Nel caso della dimissione precoce sono segnalati incrementi del 20-30%;

□ il problema dell'ittero è stato reso evidente dal dato che nel quinquennio '90-'95, in USA, si sono verificati 22 casi di kernicterus in soggetti con dimissione precoce e follow-up a due settimane. A fronte di questo dato vi sono due elementi da considerare: il primo è che l'iperbilirubinemia (> 17 mg% nei primi 5 giorni) che potrebbe comportare la necessità di fototerapia interessa una popolazione che va, inspiegabilmente, dall'1.7% al 12% secondo i diversi autori; il secondo dato è quello segnalato da Maisels, secondo cui la revisione di 22 casi di kernicterus, osservati in 22 anni, avevano un'insorgenza tra 4 e 10 giorni di vita, senza emolisi e fattori di rischio individuabili. Per quanto riguarda la dimissione precoce è noto che i bambini dimessi prima delle 72 ore hanno una maggiore probabilità di necessitare di un nuovo ricovero per essere sottoposti a fototerapia. Meno chiaro è il perché i bambini che vengono dimessi dopo le 72 ore hanno una minore probabilità di ittero dei precedenti. La spiegazione potrebbe essere ritrovata in un allattamento più efficace da parte di madri che sono più seguite?

□ per quanto riguarda gli screening è da rilevare che nell'esperienza statunitense lo screening dell'ipotiroidismo (TSH raggiunge la baseline a 48-72 ore) nei dimessi precocemente era effettuato solo nel 64% dei casi (negli Stati in cui tale controllo era previsto);

□ secondo due studi clinici controllati (Carty e Waldenstrom) le donne dimesse precocemente allattano più frequentemente a 2-4 giorni, somministrano minori supplementazioni nella prima settimana di vita e i bambini delle donne multiple sono allattati più frequentemente a 6 mesi di vita. Quale effetto collaterale della dimissione precoce sarebbe segnalata una maggiore incidenza di disidratazione ipernatremica, forse legata a una incapacità della madre di valutare una suzione inefficace.

### Il primo paradosso

*La letteratura relativa alla dimissione precoce ha l'obiettivo di dimostrare che sia "sicura" e priva di effetti collaterali. Vi è l'assioma che questa costituisca un fatto positivo, ma in letteratura non vi è evidenza, salvo quella parziale sull'allattamento al seno, che indichi in essa un van-*

*taggio. Sarebbe come presentare un nuovo farmaco, sostenendo non la sua efficacia terapeutica ma la mancanza di effetti collaterali.*

### Il secondo paradosso

*La dimissione precoce, secondo la maggior parte dei protocolli relativi, riguarda una popolazione a basso rischio sia in termini di salute della madre e del bambino sia per quanto riguarda l'assenza di fattori maggiori di rischio sociale. A questa popolazione, per rendere sicura la dimissione, viene offerto un intervento di sostegno (visite domiciliari o follow-up). Questo significa che la popolazione a rischio "rischia" di avere una degenza più lunga e nessun supporto extra-ospedaliero.*

Non vorrei che a smentire questo secondo paradosso fossero i dati citati da Margolis, relativi alla realtà statunitense, che evidenziano, in una coorte del 1988, i fattori significativamente associati alla dimissione precoce che sono, tra gli altri: la scolarità inferiore alla scuola dell'obbligo, le inadeguate cure prenatali, la mancanza di assicurazione (sic!).

Per introdurre il terzo paradosso è necessario partire da alcuni dati di una ricerca condotta presso la Divisione di Patologia Neonatale dell'Azienda Ospedale di Lecco.

Nell'ambito di una ricerca avente come obiettivo principale lo studio dei fattori associati al momento del parto e del periodo neonatale sono stati studiati 335 bambini dimessi dalla sezione neonati "non precocemente" (dopo le 72 ore), la cui madre è stata intervistata nelle prime 24 ore dopo il parto, a un mese e a un anno di vita (telefonicamente). È interessante riportare alcuni dati:

□ il 16.5% delle donne ritiene che la gravidanza sia stata "difficile", "pesante". Il 28.2% ha avuto limitazioni professionali, il 30.5% limitazioni nel lavoro domestico, il 23.5% limitazioni nella vita sociale;

□ il parto è stato doloroso per il 36.7% delle donne e un'esperienza "da non ripetere" nel 4.8%;

□ il 29% delle donne vorrebbe prolungare la propria degenza, il 4% vorrebbe andare a casa prima. Tra le prime l'unico dato associato è quello relativo alla "difficoltà soggettiva" nel parto;

□ al ritorno a casa il 33.2% sostiene di essersi sentita stanca e il 19.4% sola o impacciata;

□ nel primo mese di vita il 37% non dorme abbastanza, il 9,5 % ha altri disturbi del sonno. Le donne che riferivano di essere stanche o impacciate al ritorno a casa presentano con maggiore frequenza problemi di sonno.

Nella *Tabella I* sono riportati alcuni elementi di soggettività rilevati a un mese e a un anno di vita del bambino. Come si può rilevare, sono elevate le percentuali di donne che presentano difficoltà nella nuova situazione che si è venuta a determinare con la nascita del bambino.

### Il terzo paradosso

*Le misure di esito della validità della politica di dimissione precoce non prendono in esame il fatto che la dimissione non riguarda solo il bambino ma una "nuova famiglia". Esiste una ricca letteratura parallela sulla depressione materna e lo stress dei genitori che converrebbe tener presente nel valutare la politica di dimissione (sia o no precoce).*

Il rischio aumentato di disturbi mentali nel periodo riproduttivo comprende tre tipi di quadri clinici: il "post-partum blues" (malinconia o tristezza), che secondo alcuni riguarda fino all'80% delle donne, la depressione post-partum e la psicosi (che ha un incidenza attorno al 2%). La depressione post-partum presenta alcune difficoltà di definizione (che ne fanno una diagnosi "pigliatutto") e che determinano diverse valutazioni di inci-

ELEMENTI DI SOGGETTIVITÀ RILEVATI  
A UN MESE E A UN ANNO DI VITA DEL BAMBINO

	1 mese	1 anno	
Non riesce a concentrarsi	30.4%	30.1%	=
Non riesce a prendere decisioni	14.9%	15.1%	=
Non riesce a superare le difficoltà	16.7%	12.6%	↓
Non è in gradi di affrontare i problemi	12.8%	11.5%	=
È diventata più ansiosa	33.7%	39.6%	↑
È diventata più nervosa	31.3%	52.0%	↑
È diventata più depressa	28.1%	15.6%	↓
Ha perso fiducia in se stessa	7.5%	4.6%	↓

Tabella I

denza (dal 7% che richiederebbe l'intervento di uno specialista al 30% rilevato dagli ostetrici-ginecologi). In realtà diversi studi non suffragano l'ipotesi della depressione post-partum come una differente entità nosologica rispetto alla depressione. Un recente studio di sorveglianza di 14.893 gravidanze (Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood) riesce a descrivere (con la scala di depressione post-natale di Edimburgo) il cambiamento della depressione nel tempo: il picco della depressione risulta a 32 settimane di età gestazionale. I tassi di donne con depressione risultano più elevati nel corso della gravidanza che nel post-partum e l'evento nascita sembra risultare associato a una remissione dello stato di depressione (Figura 1). Così l'evento nascita, mentre per alcune donne può rappresentare l'evento che determina uno stato di depressione (come risultato di cambiamenti ormonali o altri), per un consistente gruppo di donne con pregressa depressione risulta essere un'esperienza protettiva.

Diversi sono i fattori associati, in diversi studi, alla depressione post-partum quali: età e parità, precedente storia di disturbi psichiatrici, complicanze della gravidanza o ansia nel corso della stessa. Particolare importanza sembra assumere una cattiva relazione con il proprio partner (sovente rilevata in epoca prenatale), anche se l'interpretazione di questo dato non è univoca e non consente di comprendere appieno la direzione del nesso causale.

Un'esauriente revisione della letteratura, da parte di P. Romito, evidenzia come il modello medico, sia quello che richiama una eziologia biochimica (o meglio endocrina) che quello relativo all'ipotesi psicoanalitica, produca scarse evidenze a supporto delle ipotesi sui possibili determinanti della depressione. In particolare questo modello ignora i fattori sociali che risultano associati alla depressione, e l'evidenza che quest'ultima caratterizza lo stato di salute delle donne che vivono nei Paesi industrializzati. D'altra parte i modelli psicologici (attraverso la teoria dello stress sociale e la teoria comportamentale), o quelli sociologici, sembrano cogliere meglio la complessità del fenomeno. In particolare il modello sociologico, proposto da Brown e Harris, ipotizza che le donne che presentano un fattore di vulnerabilità (quale la perdita di una relazione di supporto da parte del marito, la perdita del lavoro, l'aver tre o più figli, la perdita della madre in giovane età) che determina di per sé

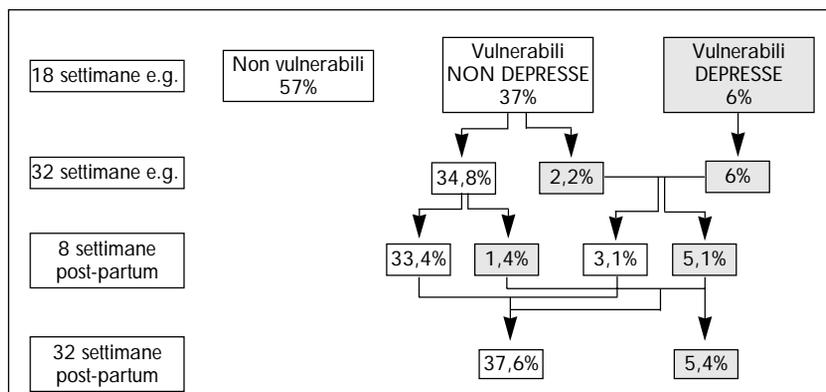


Figura 1. Percentuali di depressione materna in relazione all'epoca gestazionale e post-partum. In grigio sono riportati i valori percentuali di donne con depressione.

una riduzione dell'autostima, possono a fronte di eventi "negativi" tendere a generalizzare la propria "mancanza di speranza" e divenire depresse.

È indubbio che lo stress (nei primi mesi di vita) riguarda più la madre che il padre; ciò sembra corrispondere anche a una maggiore capacità, da parte della prima, di rilevare i problemi di comportamento del bambino. Lo stress dei genitori è stato associato a una ridotta sensibilità degli stessi nel percepire le comunicazioni del bambino e fornire risposte adeguate. È stato evidenziato il peso di fattori di rischio, quali un basso livello socioeconomico o una famiglia monoparentale, nel determinare lo stress nei genitori. La precoce identificazione delle famiglie con questi problemi comporta rilevanti difficoltà sul piano dell'intervento, specie a fronte di madri depresse e con rilevanti problemi sociali.

A fronte di questa complessa realtà vi è la possibilità di interventi di sostegno alla genitorialità, e in specifico alla donna con depressione. Due studi clinici controllati, che interessano un piccolo numero di donne (137) sembrano evidenziare un'efficacia di tali interventi.

In realtà ciò che appare è che le dispute sugli effetti collaterali della dimissione precoce rischiano di allontanare l'attenzione dall'evento nascita nel suo complesso e da quello che i servizi sanitari potrebbero fare per promuovere una nascita sicura e protetta, tenendo conto del contesto familiare.

#### Bibliografia essenziale

1. Barrera ME, Rosenbaum PL: Supporting parents and promoting attachment. In: Sinclair JC, Bracken MB (editors): *Effective care of the newborn infant*. New York: Oxford Uni-

versity Press 1992, 221-44.

2. Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C: Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics* 96, 716-26, 1995.

3. Britton JR, Britton HL, Beebe SA: Early discharge of the term newborn: a continued dilemma. *Pediatrics* 94, 291-5, 1994.

4. Brown G, Harris T: *Social origin of depression*. Tavistock, London 1978.

5. Carty EM, Bradley CF: A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth* 17, 199-204, 1990.

6. Fergusson DM, Horwood LJ, Thorpe K and the ALSPAC Study Team: Changes in depression during and following pregnancy. *Pediatrics and Perin Epidemiol* 10, 279-93, 1996.

7. Kessel W, Kiely M, Nora AH, Sumaya CV: Early discharge: in the end, it is judgment. *Pediatrics* 96, 739-42, 1995.

8. Maisels MJ, Newman TB: Kernicterus in otherwise healthy, breastfed term newborns. *Pediatrics* 96, 730-733, 1995.

9. Margolis LH: A critical review of studies of newborn discharge timing. *Clinical Pediatrics* 626-34, 1995.

10. Margolis LH, Kotelchick M, Hsing Yi Chang: Factors associated with early maternal postpartum discharge from the hospital. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151, 466-72, 1997.

11. Murray L, Stein A: The effects of postnatal depression on the infant. *Bailliere Clin Obst Gynec* 3, 921-33, 1989.

12. Parisi VM, Meyer BA: To stay or not to stay? That is the question. *N Engl J Med* 333, 1635-7, 1995.

13. Ray KI, Hodnett ED: Caregiver support for postpartum depression (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1998; Oxford: Update Software.

14. Romito P: Unhappiness after childbirth. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (editors). *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press, 1433-66, 1989.

15. Romito P: Postpartum depression and the experience of motherhood. *Acta Obstet Gynecol Scand* 69; Suppl. 154, 7-19, 1990.

16. Waldenstrom U, Sudelin C, Lindmark G: Early and late discharge after hospital birth. Breastfeeding. *Acta Paediatr Scand* 76, 727-32, 1987.

17. Young D: Early discharge: whose decision, whose responsibility? *Birth* 23, 61-71, 1995.