



FREQUENZA E DURATA DELL'ALLATTAMENTO AL SENO NELLA PROVINCIA DI BENEVENTO

Paolo D'Argenio*, Ersilia Palombi**, Elisabetta Versino^o, Maria Pia Aversano^o, Rosa Bassi^o, Anna Di Fiore^o, Ferri Michela^o, Nicolina Glielmo^o, Iglio Giovanni^o, Petrocchia Clementina^o, Lea Sacco^o, Sara Sasso^o, Giuseppe Salamina^{oo}

*Servizio Epidemiologia e Prevenzione ASL Benevento; ** Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ASL Benevento; ^o Unità Operative Materno Infantili Distretti Sanitari ASL Benevento; ^o Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia - Università di Torino; ^{oo} Osservatorio Epidemiologico per le Dipendenze - ASL5 Regione Piemonte

Summary

We have assessed the frequency and the duration of breast-feeding (only mother's milk or mixed) in the new-borns of the Benevento province by interviewing the mothers at their children's second vaccination (average age 21 weeks - min 1" max 40). Our findings have then been submitted to complex statistical surveys.

The risk of non breast-feeding is 89%. It is higher for low-weight children (OR) and for the new-borns of those mothers who have not breast-fed their previous children (OR). The probability of non breast-feeding is double for those mothers who have not been properly informed by their reference hospital.

The probability of breast-feeding declines by 2.3% per week, and it reaches 50% at 17-18 weeks. The risk is significantly higher for mothers without any previous breast-feeding experience, for smoking mothers, and for underweight children.

Our findings are better than those obtained from a survey carried out 3 years ago, and they can be considered positive as compared to other Italian results. However, they remain unsatisfactory, and they require a stronger and more targeted effort in the future.

Introduzione - Tra gli obiettivi del programma "Salute per tutti entro l'anno 2000", l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha posto quello di avere almeno il 75% dei nuovi nati attaccati al seno e almeno il 50% che conservi tale alimentazione fino a sei mesi.

Nel 1996, nella provincia di Benevento, 15% dei nati non veniva attaccato al seno, uno su 4 non era più allattato al seno a 60 giorni e uno su due non era più allattato al seno a 90 giorni di vita (19). Da allora, sono state svolte attività di promozione dell'allattamento al seno nei luoghi parto. A distanza di tre anni, l'indagine è stata ripetuta per valutarne gli effetti.

Materiali e metodi - Sono state intervistate le donne che accompagnavano i propri bambini per la seconda dose del ciclo vaccinale nel periodo aprile-giugno 1999, utilizzando un questionario ad hoc. Nessuna madre ha rifiutato di rispondere. Le interviste sono state 431. I lattanti avevano, in media, 21 settimane di età (minimo 12 - massimo 40). Tuttavia, 11 record sono stati eliminati dallo studio perché le informazioni erano omesse o chiaramente errate, sicché il campione effettivo è ridotto a 420 bambini.

Per la durata dell'allattamento, sono state stimate le probabilità, e i relativi intervalli di confidenza al 95%, che un bambino possa essere alimentato al seno (con allattamento sia esclusivo che misto), per settimana di vita, usando il metodo delle *life tables*.

L'effetto di alcune caratteristiche materne e del neonato sul rischio di non allattamento è stato valutato mediante il metodo della regressione logistica, stimando gli odds ratio e i relativi limiti di confidenza al 95%. A causa della bassa numerosità della coorte e della presenza di informazioni mancanti circa le variabili 'ordine di nascita' e 'precedente esperienza di nutrice', è stato necessario utilizzare tre modelli diversi, in ognuno dei quali sono stati eliminati i soggetti per cui anche una sola delle variabili indipendenti fosse missing. Nei tre modelli, la variabile dipendente era il non

allattamento, e le variabili indipendenti sono state:

Modello 1: tipo di parto, peso alla nascita, abitudine materna al fumo, istruzione materna, età materna, consigli in Ospedale;

Modello 2: come il modello 1 più la precedente esperienza di nutrice;

Modello 3: come il modello 1 più l'ordine di nascita.

I rischi relativi di interruzione precoce di allattamento misto e al seno pieno sono stati stimati mediante modello di regressione di Cox. Anche in questo caso è stato necessario utilizzare i tre modelli di cui sopra, utilizzando però come variabili dipendenti l'interruzione di allattamento a seno esclusivo e misto. Quando l'IC 95% comprendeva l'unità il dato veniva considerato non statisticamente significativo.

Risultati - Su 420 bambini presi in considerazione, 47 non sono mai stati attaccati al seno, una probabilità di essere attaccati al seno pari all'89% (IC= 85-92). Il rischio maggiore di non essere attaccati è per i nati da madre senza precedenti esperienze (OR=4.4, dato significativo), per i nati di basso peso alla nascita (OR=3.1, dato significativo). Altri fattori valutati, come il fumo materno (OR=1.9) e il parto cesareo (OR=1.6) e come il non aver ricevuto consigli sull'argomento in ospedale, sono risultati al limite della significatività o non significativi.

Tra i 373 bambini che sono stati attaccati al seno, la probabilità di essere allattati esclusivamente dalla madre diminuisce in maniera lineare del 2,3% per ogni settimana di vita, passando dal 75% a 8 settimane, al 50% a 17-18 settimane, fino al 34% a 26 settimane (6 mesi). La probabilità di essere comunque allattato al seno, in modo esclusivo o misto, diminuisce del 1,3% ogni settimana, scendendo al 75% a 17 settimane fino al 65% a 6 mesi. Mentre nel 1999, all'età di 60 giorni, gli allattati al seno erano l'87% (IC= 83-90), nel 1996 furono il 74% (IC= 70-78).

Il rischio di interruzione precoce dell'allattamento esclusivo è maggiore per i basso peso (RR=2,7, dato significativo), per i figli di pluripare senza precedente esperienza di nutrice (RR=2,2, dato significativo), per i figli di madre fumatrice (RR=1,5 dato significativo). Dati simili riguardano l'allattamento al seno purchessia (esclusivo o misto).

Sono a maggior rischio i figli di madri fumatrici (RR=1,5 dato significativo) e di pluripare senza precedenti esperienze (RR=2,3 dato significativo).

Il motivo principale addotto per spiegare il mancato avvio dell'allattamento o la sua interruzione è stato la scarsità del latte, seguito dalla difficoltà del bambino ad attaccarsi, e, al terzo punto, da uno stato di malattia, del bambino o della madre.

Per l'interruzione precoce il motivo principale era la scarsa crescita o l'apparente insoddisfazione del bambino.

Discussione - Nella nostra provincia la probabilità di essere attaccato al seno è pari all'89%, quella di essere allattati al seno senza aggiunte di latte artificiale, al compimento del 3° mese, è superiore al 50% e quella di ricevere latte materno al 6° mese di vita, con o senza integrazione con latte in polvere, è superiore al 50%. Queste stime sono migliori di quelle ottenute nella stessa ASL, durante il 1996 e migliori rispetto alla maggior parte dei risultati ottenuti in studi analoghi, pur considerando la diversità delle metodologie e dei campioni.

Malgrado questi i dati sono inferiori a quelli indicati nel "Progetto Salute per tutti nell'anno 2000", e questo richiede un impegno maggiore per il futuro, con particolare riguardo

alle primipare (e alle secondipare che non avevano allattato il primo figlio) e in genere alle categorie individuate come a rischio.



INTOSSICAZIONE DIGITALICA ACUTA E TRATTAMENTO CON ANTICORPI ANTI-DIGITALE

A. Vitale, G. Ricciardi, F. Vetrano, A. Forni
 UO di PS-Accettazione e osservazione medica.
 UO di Cardiologia pediatrica. AO Santobono, Napoli

Summary

A child aged 19 months is hospitalised more than 4 hours after an intake of an undefined amount of foxglove (used by his grandmother). His clinical picture is as follows: pallor, drowsiness, abdominal pain, vomiting. Digoxinemia is 14 ng/ml. At the end of the stage of drug diffusion, it reaches 11 ng/ml; ECG alterations are modest. A treatment based on 60 mg of anti-foxglove antibodies (FAB), administered in 100 ml of saline, immediately improves the clinical picture, whereas the recovery of the heart situation is slower.

Il caso - Un bambino di 19 mesi giunge al PS avendo ingerito accidentalmente, oltre 2 ore prima, una quantità imprecisata di LANITOP gtt, usate dalla nonna; vomito, pallore intenso, dolore addominale, sonnolenza, iporeattività.

Si interviene d'urgenza con carbone vegetale attivato (CVA), si assicura un accesso venoso, e si registra un ECG con aritmia sinusale fasica a frequenza media di 75/m', PQ 0,16" QT 0,28". La digossinemia è pari a 13,9 ng/ml (dose tossica > 4 ng/ml). A un secondo controllo, dopo circa 4 ore, per rivalutare la disossinemia dopo la fase di distribuzione, il valore è ancora molto alto (11 ng/ml). Jonogramma normale.

Il problema - Non c'è evidentemente problema diagnostico, essendo espliciti l'anamnesi e il quadro clinico. L'avvelenamento da digitalici è legato all'amplificazione degli effetti terapeutici (inotropia positiva, dromotropa negativa, batmotropa positiva), a loro volta dovuti alla inibizione della ATP-asi Na/K dipendente delle cellule miocardiche, con conseguente accumulo intracellulare di Ca⁺⁺. Gli effetti sul cuore sono: a) sul seno: bradicardia e pause sinusali fino al blocco seno-atriale completo; b) sulla conduzione

A-V fino al blocco completo, ritmo giunzionale, extrasistolia ventricolare, tachiaritmie da rientro. Inoltre, disturbi elettrolitici, nausea, vomito, cefalea, dolori addominali, malessere.

Il problema è dunque terapeutico; l'arrivo in PS più di 2 h dopo l'assunzione del veleno rende inutile la gastrolusi; la somministrazione di CAV è ostacolata dal vomito. Non ci sono (ancora) rilevanti alterazioni EEGrafiche e elettrolitiche; ma non c'è dubbio che sopravverranno. Non ci sono alternative alla somministrazione degli anticorpi anti-digitale (FAB), che si legano alla molecola digitale con formazione di immunocomplessi inattivati (effetto tossicodinamico) e con eliminazione degli stessi per via renale (effetto tossicocinetico).

La soluzione - La somministrazione di FAB è indicata:

□ per concentrazioni di digossina >6 ng/ml al termine della fase di distribuzione, 6-8 ore dopo l'ingestione (nel nostro caso 11 ng/ml);

□ per concentrazioni anche inferiori ma > 4 ng/ml in presenza di alterazioni EEG ed elettrolitiche; comunque, anche indipendentemente dalla concentrazione di digossina, se si è in presenza di aritmie potenzialmente fatali o a compromissione emodinamica.

Abbiamo dunque seguito fedelmente le linee guida, ed è stato possibile intervenire prima che comparissero alterazioni elettrolitiche o gravi alterazioni della dinamica cardiaca. Sono stati somministrati 60 mg di FAB (Digibind) in 100 ml di soluzione fisiologica, in un'ora, secondo la formula digossinemia x (kg di peso x 5,6/1000) x 64= mg di FAB da infondere.

Il bambino ha cominciato già a star meglio alla fine della somministrazione: ripresa del colore, cessazione del vomito, dei dolori e della sonnolenza; malgrado questo, il tratto PQ si allunga fino a 0,19", per tornare normale nella giornata successiva.

Il contributo - I FAB (Digibind) sono disponibili da poco tempo. Sono molto costosi, ma sono un farmaco salva-vita. Crediamo che debbano essere disponibili o di accesso facilitato per tutti i PS con una razionale distribuzione ai Centri Antiveleno di riferimento.

Comunicazioni ai lettori

Le vostre lettere, in genere richieste di consulenze su casi specifici, ci arrivano regolarmente, e quasi sempre riusciamo a rispondere, come promesso, a giro di posta; qualche altra volta è necessario qualche giorno in più per sentire l'opinione dei consulenti. Sono molto gradite.

Anche i contributi originali arrivano generosamente e costituiscono, ci sembra una parte abbastanza letta e rappresentativa, anche per questa pagina verde della Rivista cartacea. Questi contributi sono particolarmente graditi e attesi. Dal prossimo numero raddoppieremo lo spazio loro dedicato, per mantenere la nostra promessa di pubblicazione entro 2 mesi dalla accettazione, cosa che sinora ci è stata un po' difficile. Grazie. Durante la pausa estiva lavoreremo per rendere più agevole, speriamo l'accesso alle rubriche, all'indice di Medico e Bambino, alla ricerca per argomenti e per sviluppare una migliore interattività.

Sommario on line

Percorsi clinici

Ortopedia per il pediatra (a cura di G. Maranzana)

- Cisti aneurismatica

Chirurgia per il pediatra (a cura di A. Messineo)

- L'ascesso appendicolare nel bambino

Pediatria per l'Ospedale (a cura di G. Bartolozzi)

- Le anemie emolitiche da causa intraglobulare

Appunti di terapia (a cura di G. Bartolozzi)

- Una nuova classe di antibiotici: gli axazolidinoni

Il punto su... (a cura di G. Bartolozzi)

- Il metabolismo del ferro: l'anemia ferropriva

Avanzi (a cura di G. Bartolozzi)

- Fumo e malattie invasive da pneumococco; •Meningite da pneumococco e antibiotico resistenza; •Susceptibilità agli antibiotici dello streptococco beta-emolitico gruppo A; •Quale politica per prevenire la comparsa di germi resistenti in una unità di terapia intensiva neonatale; •Conseguenze sulla statura del prednisone a giorni alterni in soggetti con fibrosi cistica; •Il guadagno in peso, acquisito durante le vacanze tende a rimanere; •Incidenza del diabete mellito giovanile in Europa.