

## Presa a carico di prematuri a partire dalla 34<sup>o</sup>/<sub>7</sub>, fino alla 36<sup>o</sup>/<sub>7</sub>, settimana di gestazione

Queste raccomandazioni sono state discusse in gruppo durante una riunione della Società Svizzera di Neonatologia il 4 aprile 2004 a Berna.

Alla preparazione e all'elaborazione ha contribuito il gruppo di lavoro composto da: P. Baeckert, Zollikerberg; C. Bigler, Berna; H.U. Bucher, Zurigo; V. Büttiker, Zurigo; P. Donati, Bellinzona; H. Malzacher, San Gallo; R. Pfister, Ginevra

### Scopo delle raccomandazioni

All'incirca 5 fino a 10% di tutti i neonati nascono tra la 34<sup>o</sup>/<sub>7</sub> e la 36<sup>o</sup>/<sub>7</sub> settimana di gestazione. Per principio queste nascite possono avvenire in un reparto di maternità e non necessitano di un servizio di neonatologia. I prematuri paragonati ai neonati a termine (37<sup>o</sup>/<sub>7</sub> fino a 42<sup>o</sup>/<sub>7</sub> settimane di gestazione) presentano più frequentemente disturbi dell'adattamento neonatale e necessitano subito dopo la nascita e nei primi giorni di vita una sorveglianza medico-infermieristica più intensa.

Con queste raccomandazioni si vogliono proporre dei criteri standard minimi.

#### 1. Nascita in un reparto di maternità senza reparto di neonatologia annesso

A partire da 34<sup>o</sup>/<sub>7</sub> settimane la nascita può avvenire in un reparto di ostetricia, sottintesa la presenza di personale qualificato e di un'apparecchiatura conforme (cfr. punto 2 e punto 3). Nel caso in cui i fattori di rischio per un disturbo primario dell'adattamento sono presenti è auspicabile un trasferimento in utero in un reparto di maternità con reparto di neonatologia annesso. Dal 30% al 50% dei prematuri nati tra 34<sup>o</sup>/<sub>7</sub> e 34<sup>o</sup>/<sub>7</sub> settimane di gestazione (SG) e 10% fino a 20% dei bambini tra 35<sup>o</sup>/<sub>7</sub> e 35<sup>o</sup>/<sub>7</sub> SG vengono trasferiti in un reparto di neonatologia dopo il parto per uno o più disturbi dell'adattamento neonatale.

#### 2. Personale necessario

- Levatrici e infermiere specializzate
- Pediatra (con esperienza in neonatologia) deve essere informato prima di ogni minaccia di parto prematuro ed è presente al parto o reperibile rapidamente
- Visita giornaliera nel reparto di maternità con esame del neonato, nel caso di sorveglianza continua con monitor, un' in-

fermiera deve essere presso il neonato nel lasso di 30 secondi (la responsabilità della sorveglianza non può essere lasciata alla madre)

#### 3. Materiale necessario

- Tavolo con lampada riscaldante e/o superficie riscaldabile per il controllo dell'adattamento neonatale e i primi interventi
- Miscelatore aria/ossigeno auspicabile
- Incubatrice con erogazione di ossigeno per la sorveglianza nel caso di disturbi dell'adattamento.
- La pulsossimetria è indicata per i neonati (parametro per l'indicazione ad un'ossigenoterapia).

- Possibilità di effettuare nelle immediate vicinanze delle prese di sangue capillari per emogasanalisi, glicemia, ematocrito.
- Lettino termico a disposizione per la profilassi dell'ipotermia.

#### 4. Criteri per un trasferimento in un reparto di neonatologia

- Prematurità con settimane di gestazione < 34-35
- Peso alla nascita < 1800-2000 g
- Madre portatrice di streptococco del gruppo B senza trattamento antibiotico profilattico adeguato 4 ore prima del parto
- Rischio infettivo (febbre materna subpartu, rottura delle membrane > di 18 ore prima del parto.) e segni clinici patologici dopo il parto
- Sindrome di distress respiratorio progrediente
- Sindrome di distress respiratorio senza miglioramento clinico durante le prime 4 ore dopo il parto
- Ipotermia < 35.5°
- Ipoglicemie recidivanti (glicemia < 2.5 mmol/l dopo la somministrazione di maltodestrina)
- Aumento della bilirubina > 10 µmol/l per ora

Età gestazionale (settimane)	Durata del ricovero (giorni)		
	25 <sup>esima</sup>	50 <sup>esima</sup>	75 <sup>esima</sup> percentile
34 <sup>o</sup> / <sub>7</sub> à 34 <sup>o</sup> / <sub>7</sub>	13	16	19
35 <sup>o</sup> / <sub>7</sub> à 35 <sup>o</sup> / <sub>7</sub>	7	12	13
36 <sup>o</sup> / <sub>7</sub> à 36 <sup>o</sup> / <sub>7</sub>	7	9	10

Tabella 1: Quanto tempo un bambino prematuro resterà ricoverato prima di essere dimesso a domicilio? (Szabo et al. 2002)

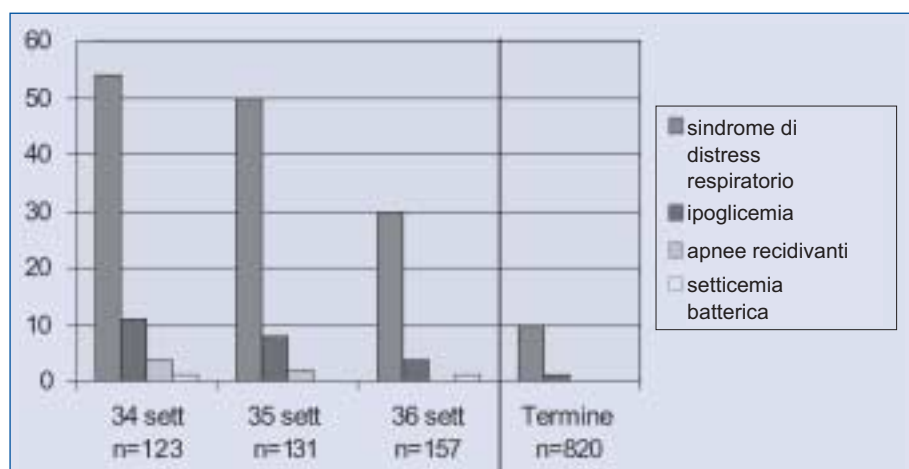


Figura 1: Frequenza dei disturbi dell'adattamento a dipendenza dell'età gestazionale Szabo P.; Arlettaz R.; Bucher H.U., Assemblea annuale della Società Svizzera di Pediatria, 2002 Friburgo

- Anemia (ematocrito < 40 %) o poliglobulia (ematocrito venoso > 65 %) (*misurazione solo su indicazione clinica, non come routine nel prematuro*)
- Un episodio di apnea (episodio di cianosi indipendente dai pasti)
- Perdita di peso > al 10% del peso alla nascita

### 5. Adattamento primario

Le raccomandazioni svizzere per la presa a carico dei neonati dopo il parto sono valide a partire dalle 34<sup>se</sup> settimane ([www.neonet.ch](http://www.neonet.ch)). Nel caso di neonati prematuri l'insorgenza di problemi respiratori, di temperatura, di infezione e di ipoglicemia è più frequente, il pediatra di picchetto deve perciò venir informato anticipatamente della minaccia di un parto prematuro, in modo che egli stesso o un medico sostituto con esperienza in urgenze neonatologiche sia presente al parto.

### 6. Respirazione

Disturbi della respirazione sono frequenti, per questo motivo questi bambini vanno sorvegliati strettamente e le cause di disturbo respiratorio vanno riconosciute e trattate. In caso di peggioramento bisogna organizzare per tempo un trasferimento in un reparto di neonatologia.

### 7. Calore/Energia

La temperatura centrale (temperatura rettale) deve situarsi tra 36.5° e 37.5°. Dopo la nascita e dopo ogni toilette, il bambino deve essere rigorosamente asciugato per evitare un raffreddamento dovuto all'evaporazione. Il neonato può essere messo a contatto diretto della madre (allattamento precoce) ed entrambi possono essere coperti con teli caldi (attenzione al colorito del viso). Vestitini termici si sono dimostrati utili e un berretto evita le perdite di calore alla testa. Un lettino termico è indicato nei primi 2 o 3 giorni di vita. Gli scaldini nel lettino vanno evitati in quanto possono provocare delle ustioni.

Se un bambino presenta una temperatura corporea < 35.5° o non può essere riscaldato al di sopra dei 36.5° sull'arco di 2 ore, allora è indicato il trasferimento in un reparto di neonatologia.

### 8. Alimentazione

I prematuri devono ricevere rapidamente, al più tardi 2 ore dopo la nascita una soluzione di maltodextrina (alimentazione precoce)

e in seguito tutte le 3-4 ore come complemento al latte materno a dipendenza della situazione (5)-10ml di maltodextrina o latte adattato\* (cfr. raccomandazioni -> [www.swiss-pediatrics.org/pediatria/vol14/n4/alimnn-ge.html](http://www.swiss-pediatrics.org/pediatria/vol14/n4/alimnn-ge.html)).

Per i prematuri sotto le 35<sup>se</sup> settimane di gestazione un latte adattato come complemento del latte materno è da consigliare. Pure importante è una persona competente nel campo dell'allattamento per i consigli pratici.

### 9. Ipoglicemie

Visto l'elevato rischio di ipoglicemia è consigliato un controllo della glicemia per 3 volte prima del pasto. Scopo è una glicemia > 2.5. In caso glicemia inferiore a 2.5 mmol/l e neonato asintomatico, viene somministrata maltodextrina o latte adattato e un'ora dopo controllo della glicemia. Se dopo questo tentativo la glicemia resta sotto il limite stabilito, occorre informare il pediatra e procedere ad un trasferimento in un reparto di neonatologia (cfr. [www.neonet.ch](http://www.neonet.ch)).

### 10. Iperbilirubinemia

I prematuri sono soggetti ad un rischio elevato di «Kernicterus», perciò il limite per una fototerapia deve essere più basso rispetto ai bambini nati a termine (cfr. raccomandazioni 190 fino a 240 µmol/l [www.neonet.ch](http://www.neonet.ch) publications). Nelle prime 48 ore di vita è necessario un controllo del colorito per quanto riguarda l'ittero ogni 8 ore e nel caso di un manifestarsi clinico è indicato un controllo sanguigno della bilirubina.

Particolare attenzione va richiesta nella valutazione di neonati prematuri di colore. La misurazione transcutanea della bilirubina non è un test validato per i prematuri.

### 11. Infetto

Un'infezione può essere la causa di una nascita prematura, per cui una sorveglianza ad intervalli di 4 ore prima, poi ogni 6-12 ore del colorito, comportamento, respirazione, frequenza cardiaca e temperatura è indicata per una durata di 48 ore.

Se la madre è portatrice di uno streptococco del gruppo B, la prematurità accresce il fattore di rischio per delle complicazioni. Nel caso di una insufficiente profilassi antibiotica (somministrazione avvenuta meno di 4 ore prima del parto) e altri fattori di rischio o segni clinici per un infetto neonatale è indicato un trasferimento in un reparto di neonatologia ([www.neonet.ch](http://www.neonet.ch)).

### 12. Cura della pelle

La pelle del prematuro è particolarmente sensibile. Occorre perciò essere parsimoniosi con i bagnetti e utilizzare saponi con pH neutrale. La cura del moncone ombelicale va eseguita secondo le disposizioni generali per neonati a termine.

### 13. Criteri per il trasferimento del neonato dalla sala parto alla maternità:

- Peso alla nascita superiore ai 1800-2000 g
- Adattamento neonatale senza particolarità
- Fatta esclusione dei segni noti per la prematurità esame clinico normale
- Temperatura rettale prima del trasferimento > 36.5°
- Glicemia > 2.5 mmol/l

### 14. Criteri per dimissione a domicilio

- La madre è in grado di accudire il proprio bambino (cure e alimentazione)
- Il bambino è in grado di mantenere la sua temperatura corporea spontaneamente al di sopra dei 36.5°
- Il bambino beve almeno una quantità di latte pari al 10% del suo peso corporeo e aumenta di peso.
- L'esame clinico non suggerisce nessun'indagine o trattamento acuto
- La madre è a conoscenza dell'esistenza del servizio poliambulatorio e se si tratta del primo bambino l'infermiera del poliambulatorio viene informata
- È prevista una prima visita dal pediatra all'età di 2-3 settimane (il bambino deve essere visitato prima rispetto ad un neonato a termine).