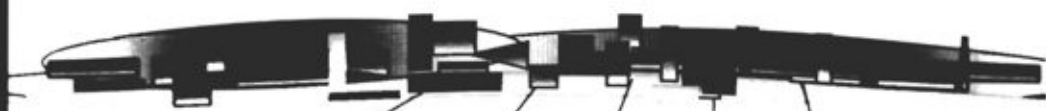


IMPEGNO

SEZION
SCIENTIFI

OSPEDALIERO



N. 5-6

SETTEMBRE
DICEMBRE
1992

ANNO XIII

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI ISTITUTI RELIGIOSI SPEDALIERI

ADV 19

ANMIR

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI ISTITUTI RELIGIOSI SPEDALIERI

Prognosi e rischi neonatali: il risultato di un lavoro di equipe

D. PARENTI, G. BATTIATI, F. MAZZA, G. TOMASSINI, M. DINA, M. MICANTI
Servizio di Neonatologia, Ospedale Cristo Re - Roma

RIASSUNTO - I progressi nella valutazione dello stato di salute del feto e dell'assistenza al neonato, hanno portato in quest'ultimi anni ad una riduzione della mortalità perinatale; non meno importante la prevenzione della morbosità perinatale per gli eventi immediati e a distanza che essa comporta. Valutando i fattori di rischio in gravidanza abbiamo evidenziato quelle patologie che maggiormente hanno influenzato la salute del neonato. Dall'esame di 1158 neonati è emerso che il rischio di morbosità perinatale è legato principalmente al peso di nascita e all'età gestazionale e che la presenza costante del neonatologo in sala parto eviterebbe complicanze talora imprevedibili.

PAROLA CHIAVE: RISCHI NEONATALI, FATTORI PROGNOSTICI, SOFFERENZA PERINATALE

SUMMARY - In the last few years, progress concerning the evaluation of the health of the fetus and neonatal care have decreased the perinatal mortality. No less important for the immediate and/or successive effects is the evaluation of perinatal morbidity. We have evaluated the risks factors during pregnancy and have pointed out the diseases which most influence the neonatal status. We studied 1158 newborns in our hospital, and it appears that the risks of perinatal morbidity are, birth weight and gestational age; the essential presence of neonatologist in the delivery room for the possibility of unforeseeable complications the presence of a neonatologist is necessary in the delivery room.

KEY-WORDS: NEONATAL RISKS, PROGNOSTIC FACTORS, PERINATAL SUFFERING

Introduzione

La riduzione della mortalità perinatale e neonatale che si è verificata dall'inizio degli anni '50 ad oggi, è solo in parte legata al miglioramento delle condizioni socio-economiche ma è principalmente dovuta ad una sempre più accurata identificazione della situazione fetale con tempestiva diagnosi di sofferenza, ed ai progressi dell'assistenza al neonato in sala parto e nei giorni immediatamente successivi, con anche la possibilità di praticare cure intensive. In Italia la mortalità perinatale è passata dal 49.6% del 1951 al 12.7% del 1986.

Un risultato altrettanto importante è la prevenzione della morbosità perinatale; infatti un'asfissia intrapartum, una grave insufficienza respiratoria, la nascita di un neonato di peso molto basso, costituiscono quadri clinici che possono condizionare situazioni più o meno gravi sia immediate che a distanza; infatti secondo la letteratura americana l'incidenza della grave asfissia alla nascita varia dal 2.6 al 16.5 per mille nati vivi con complicanze a ca-

rico del SNC oscillanti tra l'1.6 e il 9.4 per mille (1).

Abbiamo esaminato i fattori di rischio in gravidanza, del feto e durante il travaglio e il parto ponendo in particolare evidenza quelle patologie materne come disordini ipertensivi, il diabete, le malattie infettive e quelle complicanze placentari o del funicolo maggiormente responsabili della salute del neonato (vd. tabella I).

Materiali e metodi

Vengono presi in esame i nati presso il nostro ospedale nel periodo 1 ottobre '90, 30 settembre '91; i parti sono stati 1147 per un totale di 1150 nati; di questi 288 nati da parto cesareo (25.1%), 42 (3.7%) da parto operativo vaginale, 11 (0.96%) gravidanze gemellari.

33 (2.9%) neonati avevano un peso <2500 gr e 16 (1.4%) risultavano SGA secondo le tabelle della Lubchenco; 59 (5.1%) neonati avevano un peso alla nascita >4000 gr.

and diagnosis of
intolerance. Dia-
eringham N. How
e screening test?

Tab. I: Fattori di rischio in gravidanza

MATERNI	FETALI
Età <17aa <40aa Basso livello socio-economico Insufficienza placentare Diabete Ipertensione cronica Preeclampsia-eclampsia Infezioni Farmaco dipendenza-Alcolismo-Fumo Terapie farmacologiche Storie di precedenti morti endouterine Cardiopatie gravi Malattie renali acute e croniche Ipertiroidismo Miastenia gravis Epilessia LES	Prematurità Postmaturità SGA LGA Gemellarità Poli-oligoamnios Malformazioni Malattie ereditarie Isoimmunizzazione Rh Infezioni connatali TRAVAGLIO E PARTO PROM Presentazione anomala Travaglio prolungato T.C. Parto precipitoso Prolasso di funicolo Insufficienza placentare Distacco di placenta

In base all'anamnesi materna abbiamo esaminato i fattori di rischio prima del concepimento, in gravidanza e durante il travaglio ponendo in particolare evidenza quelle patologie materne come disordini ipertensivi, diabete, malattie infettive e quelle alterazioni placentari o del funicolo maggiormente responsabili della salute del neonato.

Abbiamo basato i criteri di valutazione dello stato del neonato alla nascita attraverso il punteggio di APGAR a 5' per raggiungere una migliore caratterizzazione clinica della sindrome asfittica considerando: asfissia leggera APGAR 5-7, asfissia media APGAR 3-4, asfissia grave APGAR 0-2.

Per quanto riguarda i criteri di valutazione dello stato del neonato da un punto di vista metabolico abbiamo considerato ipoglicemia valori < 30 mg/dl; ipocalcemia valori < 7 mg/dl e ipomagnesemia < 1.6 mg/dl. Abbiamo considerato in presenza di ittero sono quei neonati che hanno necessitato di fototerapia secondo i criteri di uso comune.

Risultati

La patologia più frequente è stata l'iperbilirubinemia che prevalentemente si è sviluppata in neonati pretermine e/o di basso peso come anche l'ipocalcemia e l'ipoglicemia, quest'ultima spesso in

relazione ad un diabete materno anche in neonati a termine.

Tra le altre cause di morbidità nei neonati da noi esaminati dobbiamo segnalare 12 casi d'asfissia (1.03%) di cui 5 con casi asfissia grave, che ha richiesto manovre rianimatorie (intubazioni OT, ventilazione manuale), verificatasi in 4 nati da taglio cesareo elettivo a termine e 1 da parte eutocico.

Discussione

Per dare un ordine di grandezza nell'importanza delle differenti cause di mortalità perinatale, abbiamo in base ai dati della letteratura che circa il 33% dei decessi sono legate a cause materne od ostetriche il più spesso da complicazioni a carico della placenta o del funicolo; il 18% dei decessi perinatali è dovuto a anomalie congenite come causa principale di morte; l'ipossia intrauterina, l'asfissia alla nascita ed il distress respiratorio sono le cause più frequenti legate al bambino (2). Molte delle patologie precedentemente elencate incidono non poco sulla morbidità perinatale con rischio sia immediato che a distanza per il neonato.

Abbiamo esaminato alcune di queste che hanno causato problemi ai nostri neonati; i disordini iper-

tensivi materni rappresentano una frequente complicanza della gravidanza (8-18%) e comportano un'alta incidenza di ripercussioni sul feto rappresentate da sofferenza ipossica con ritardo di accrescimento e talora parto prematuro (3-4); infatti la maggior parte dei nostri neonati SGA o di basso peso sono nati da madre con ipertensione acuta o cronica ed hanno presentato una patologia spesso associata a ritardo di crescita intrauterino: ipoglicemia, ipocalcemia, distress respiratorio.

Non meno importante è la gravidanza complicata da diabete che rappresenta ancora oggi una delle maggiori cause di rischio neonatale strettamente collegato al più o meno buon controllo della malattia o alla presenza o meno di complicanze (5).

I bambini, figli di madre diabetica, nati presso il nostro ospedale, hanno presentato principalmente le seguenti patologie singolarmente o variamente associate: macrosomia, ipoglicemia, ipocalcemia, policitemia, iperbilirubinemia, sindrome respiratoria.

Ne segue che il peso e l'età gestazionale strettamente collegati fra di loro rappresentano i maggiori fattori di rischio perinatale, tale che una deviazione del range fisiologico può dare luogo ad un'aumentata morbilità e mortalità perinatale il rischio è ancor più alto se la nascita avviene fra le 28 e la 31 settimana di gestazione, e gli SGA hanno una morbilità perinatale più probabile di 3 volte (6-7).

Nella pratica clinica le infezioni materne in gra-

vidanza incidono anche in paesi di buon livello igienico e socioeconomico per un 15% e vengono distinte varie situazioni eziopatogenetiche in cui l'evento infettivo agisce da determinante diretto in caso di sofferenza fetale (8).

Nella nostra casistica non abbiamo avuto gravidanze complicate da malattie infettive tali da poter influenzare la salute del neonato.

Conclusioni

Dall'esame della popolazione studiata, pur se limitata, emergono delle considerazioni: il primo fattore che maggiormente ha influito sulla morbilità perinatale è stato senza dubbio il peso neonatale, la durata della gestazione rappresenta in ordine d'importanza il secondo determinante ostetrico della prognosi perinatale.

In conclusione dai dati in nostro possesso emerge chiara l'esigenza da un lato, di una stretta collaborazione fra ostetrico e neonatologo e dall'altra adeguatezza qualitativa e quantitativa di personale, attrezzature e strutture con presenza di una guardia neonatologica che permetta la presenza costante in sala parto e garantisca ad ogni neonato il diritto di nascere bene in quanto un intervento immediato può evitare che un grave insulto asfittico possa causare la morte o, portare ad un danno cerebrale permanente.

Bibliografia

- 1) Avery G.B.: Organizzazione perinatale con particolare riferimento al neonato. In: Neonatologia, Fisiopatologia e Trattamento del neonato. Palermo, Medical Books, 1988:15-45.
- 2) Blondel B., Breat G.: Mortalité foeto-infantile évolution, causes et méthodes d'analyse. In: Encycl. Med. Chir. Pédiatrie 4002 F50, Paris, Editions Technique, 1990:1-12.
- 3) Cassani A., Marlettini M.G., Orsini L.F. et al.: Valutazione del monitoraggio CTG e del trattamento ipotensivo nella prevenzione della sofferenza fetale. Atti Con. Naz. Gruppo di Lavoro Neonatol. della SIP; Roma 14-15 novembre 1986:115.
- 4) Martikainen A.M., Heinonen K.M., Saarikoski S.V.: The effect of hypertension in pregnancy of fetal and neonatal condition. Int. J. Gynecol. Obstet. (1989) 30:213-220.
- 5) Hollingsworth D.R., Moore T.R.: Diabetes and pregnancy. In: Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. Philadelphia-WB Saunders Company 1989:926-982.
- 6) Gerlini G., Marano G., Borelli M.: Il contributo del ritardo di crescita intrauterina alla mortalità perinatale. Neonatologica (1989) 3:150-156.
- 7) Avery G.B.: Valutazione del peso e dell'età gestazionale. In: neonatologia, fisiopatologia e trattamento del neonato. Palermo, Medical Books, 1988:267-291.
- 8) Klein J.O., Remington J.S., Marcys M.: An Introduction to infections of the fetus and newborn infant. In: Infectious diseases of the fetus and newborn infant. Saunders, Philadelphia 1976 pg. 1.