

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XVI

Gennaio 2013

numero 1

CASI INDIMENTICABILI

Viva il latte materno! ...Quando c'è

Maria Teresa Bartolini

UO di Pediatria, Ospedale Maggiore, Bologna

ma oggi spesso il primo figlio è il primo bambino che quella mamma accudisce. Questa inesperienza e solitudine è accentuata per le famiglie immigrate a cui manca anche l'esperienza e il sostegno delle donne della famiglia. **2.** La dimissione precoce va benissimo ma deve essere accompagnata da una immediata presa in carico da parte del Pediatra di famiglia.

Naturalmente tutti i neonati dovrebbero ricevere il latte della propria madre e altrettanto naturalmente, se non ci sono problemi, madre e neonato stanno meglio a casa loro piuttosto che in ospedale, ma non deve essere sottovalutata la possibilità di problemi dovuti a **inesperienza** dei genitori e ad **assenza di una rete protettiva familiare**. D. per esempio era la tipica neonata sana e vitale, nata alla 41^a settimana di una gravidanza fisiologica, parto eutocico, peso alla nascita 3930 grammi. Era figlia primogenita di genitori stranieri (iraniano il papà, ucraina la mamma) ma di buon livello economico e culturale. Era stata dimessa dalla Maternità in terza giornata: il peso era calato di 290 grammi ma la bambina succhiava validamente al seno, anche se la montata latte non si era ancora del tutto manifestata. A domicilio la bambina aveva continuato ad attaccarsi con regolarità al seno e a succhiare validamente, tanto che la mamma non aveva colto nessun problema finché in quinta giornata non aveva avvertito un aumento di temperatura corporea che l'aveva indotta a rivolgersi al Pronto Soccorso (PS). All'arrivo in PS la bambina presentava sì febbre, sui 37,5 °C, ma soprattutto un visibile stato di disidratazione con cute secca, sollevabile in pliche, sottocutaneo scarso. Il peso corporeo era sceso di ulteriori 260 grammi (550 grammi rispetto al peso alla nascita) e l'urina raccolta già in fase di triage era torbida, intensamente gialla, con peso specifico di 1022, pH 6 e proteine > 300 mg/dl. Lo screening ematochimico mostrava un sodio di 158 mmol/l, cloro 122 mmol/l, potassio 4,5 mmol/l, azotemia 108 mg/dl, creatinina 0,72 mg/dl, emocromo, funzionalità epatica e PCR nella norma. L'esame clinico del seno materno evidenziava assenza di turgore delle mammelle. La diagnosi era fin troppo facile per il medico ma almeno in un primo momento difficile da accettare per i genitori, che non si erano resi assolutamente conto di non aver nutrito la figlia per ben cinque giorni. Alla bambina è stata praticata terapia reidratante parenterale con soluzione glucosalina ed è stata offerta integrazione con latte formulato con normalizzazione dei parametri ematochimici, ripresa dell'idratazione mucocutanea, normalizzazione della diuresi con urine limpide. In dimissione D. presentava un buon recupero ponderale (330 grammi in tre giorni di ricovero). Nei consigli alla dimissione, oltre alle indicazioni per l'allattamento, è stata sottolineata la necessità di una sollecita presa in carico da parte del Pediatra di famiglia. **Che cosa c'è da imparare dalla storia di D. 1.** Il parto e l'allattamento sono fenomeni fisiologici: per generazioni le donne hanno allattato senza orologio né bilancia