



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in OSTETRICIA

**EMOGLOBINA POST PARTUM
E ALLATTAMENTO:
STUDIO RETROSPETTIVO
NELL'UNITÀ OPERATIVA DI
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
"G. SALESÌ" DI ANCONA**

Relatore: Chiar.ma
Alessandra Ciuti

Tesi di Laurea di:
Chiara Trotta

A.A. 2019/2020

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	1
1.1 Emorragia post partum e allattamento.....	1
1.2 Anemia e trasfusione	7
1.3 Taglio cesareo e allattamento	9
2. MATERIALI E METODI.....	11
2.1 Scopo dello studio	11
2.2 Materiali e metodi.....	11
2.3 Analisi statistica.....	12
3. RISULTATI.....	14
4. DISCUSSIONE.....	26
5. CONCLUSIONI.....	32
6. BIBLIOGRAFIA	34

INTRODUZIONE

1.1 EMORRAGIA POST PARTUM E ALLATTAMENTO

Alla base di questo studio retrospettivo vi è un interesse iniziale a favore dell'allattamento al seno, uno dei metodi più efficaci per garantire la salute e la sopravvivenza dei bambini (1).

Secondo un documento WHO e UNICEF in collaborazione con the Global Breastfeeding Collective (nuova iniziativa per aumentare il tasso globale di allattamento al seno), nessun paese nel mondo abbraccia pienamente le raccomandazioni standard per una nutrizione naturale.

Su 194 nazioni valutate, solo il 40% dei bambini a sei mesi sono stati allattati al seno esclusivamente e solo 23 paesi hanno la percentuale di allattamento al seno superiore al 60%.

Sono già stati ribaditi i benefici cognitivi e sulla salute del neonato e della madre. Nonostante tutto, il 'fallimento' dell'allattamento al seno sembra essere dovuto ad una perdita di investimento sullo stesso.

Una nuova analisi negli USA dimostra infatti che un investimento annuo di soli 4,70 dollari per neonato potrebbe aumentare il tasso globale di allattamento esclusivo al seno tra i neonati sotto i sei mesi al 50% nel 2025.

Inoltre, *Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding* suggerisce che questo tipo di investimento potrebbe salvare la vita di 520.000 bambini sotto l'età di cinque anni e generare potenzialmente

300 miliardi di dollari di guadagni economici oltre i 10 anni, come risultato della diminuzione dei costi della malattia e dell'assistenza sanitaria incrementando la produttività.

‘L'allattamento è uno dei più efficaci investimenti che le nazioni possono fare per la salute dei loro giovani membri e per il futuro delle loro economie e società’, così riferisce il direttore esecutivo UNICEF Anthony Lake. Aggiunge, inoltre, che il fallimento nell'investimento è anche un fallimento della madre e del neonato pagando un duplice prezzo: perdita di vite e di opportunità.

Il Breastfeeding è fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi del cosiddetto Sustainable Development o ‘Sviluppo Sostenibile’ (SDGs).

Si tratta di un progetto adottato nel 2015 da diversi paesi nel mondo e consiste nel raggiungimento di obiettivi per diminuire la mortalità, proteggere il pianeta e garantire la prosperità a tutti come parte di un nuovo sviluppo sostenibile. Ogni obiettivo ha specifici target da conseguire nei successivi 15 anni.

Esso migliora la nutrizione, previene la mortalità infantile e diminuisce il rischio di malattie non trasmissibili, supporta lo sviluppo cognitivo e l'educazione. Per di più, promuove la crescita dell'economia e riduce le ineguaglianze.

Infatti, un basso indice di allattamento si traduce in alti costi dell'assistenza sanitaria in quanto impegnata a trattare e a prevenire le malattie croniche.

Riconoscendo il ruolo cruciale dell'allattamento nella salute globale e nello sviluppo nel 2012, i 194 stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si impegnarono ad aumentare il tasso globale di allattamento esclusivo al seno nei primi sei mesi di vita dal 37% al 50%.

Di conseguenza, le nazioni unite proclamarono 'Decade of Action on Nutrition' (2016-2025), invitando i paesi a migliorare il framework action che include un numero di misure per l'allattamento al seno.

Un progresso rapido è possibile investendo su protocolli e programmi che migliorino il supporto decisionale della donna ad allattare e garantire la presenza di più bambini nel mondo che crescono sani.

La collettività (dai governi ai professionisti della salute) è chiamata a proporre protocolli e programmi capaci di invitare più donne ad allattare.

Questi includono:

- far rispettare l'International Code of marketing of Breast milk substitutes, cosicché le industrie delle formulazioni del latte non possano sviare le donne;
- impegnare i governi a procedere con disposizioni che sostengono il congedo familiare e l'allattamento al seno sul luogo di lavoro incoraggiando le madri lavoratrici ad allattare migliorando la qualità dell'assistenza materna;
- aumentare l'accesso a consulenze specializzate nell'allattamento al seno nel sistema sanitario;

- incoraggiare la community presente sui social a supportare l'allattamento;
- rafforzare il sistema informativo per seguire i progressi verso l'obiettivo globale di incremento dell'allattamento;
- aumentare i finanziamenti per proteggere, promuovere e supportarlo.

L'allattamento non è un lavoro per la donna. Quest'ultima necessita sostegno completo dall'assistenza sanitaria, dalla famiglia, dalla comunità e dal governo. Insieme si contribuisce infatti a proteggere la salute e lo stato di benessere delle future generazioni.

Si stima che la malnutrizione sia associata alla morte di 2,7 milioni di bambini all'anno.

La nutrizione degli infanti e dei bambini è la chiave per migliorare la sopravvivenza e promuovere lo sviluppo della salute.

Un allattamento ottimale potrebbe salvare la vita ad oltre 820.000 bambini sotto l'età di 5 anni ogni anno.

Pertanto, WHO e UNICEF raccomandano di:

- cominciare l'allattamento al seno entro un'ora dalla nascita;
- prolungare l'allattamento esclusivo al seno fino ai primi sei mesi di vita;
- introdurre cibi complementari adeguati e sani (solidi) a sei mesi, continuando ad allattare sino a due anni di età o oltre.

L'OMS sostiene il contatto precoce pelle a pelle tra madre e neonato subito dopo la nascita e incoraggia l'attacco precoce.

Ogni neonato quando viene adagiato sull'addome della mamma, subito dopo la nascita, è capace di trovare il seno materno istintivamente.

Questo fenomeno è conosciuto come breast crawling ed è raccomandato da UNICEF, OMS E WABA.

Favorendo il breast crawling del neonato, grazie allo skin to skin, si assicura un attaccamento precoce al seno (che può prevenire il 22% delle morti di bambini di età inferiore ad un mese nei paesi in via di sviluppo).

A questo si aggiunge anche uno studio che dimostra come il contatto pelle a pelle incrementi il tasso di allattamento esclusivo al seno a sei mesi dal parto (Amit Sharma, 2016).

Tutte le linee guida internazionali (OMS, RCOG, NICE) supportano questa pratica per l'avvio e il sostegno della nutrizione naturale materna alla nascita.

Secondo numerosi studi nel neonato, sappiamo ormai che favorisce:

- l'attacco precoce e l'allattamento esclusivo al seno a sei mesi;
- la regolazione della sua temperatura corporea;
- il controllo della frequenza cardiaca e del respiro;
- lo sviluppo neurologico;
- la calma e la riduzione dello stress post nascita;
- la stabilizzazione dei livelli di glucosio nel sangue.

Per la madre, invece, l'attacco precoce al seno, già in sala parto, è un metodo non farmacologico che conduce ad una riduzione dei tempi del secondamento prevenendo l'emorragia post partum (2).

A seguito di una perdita modesta di sangue nel post partum e di un ritardo nel primo approccio mamma-bambino si riducono le probabilità di inizio e sostegno all'allattamento (3).

Il tasso di allattamento al seno esclusivo è ridotto e diminuisce ulteriormente nelle donne con emorragie più gravi (4). Ciò potrebbe essere evitato facilitando un attacco precoce durante l'emorragia post partum, consentendo la riduzione di fenomeni quali il sanguinamento eccessivo postnatale, l'infezione uterina e il ricovero ospedaliero prolungato oltre le quarantotto ore di degenza (5-6). In tali donne, inoltre, è doveroso un maggior supporto pratico ed emotivo in quanto l'ipotensione da emorragia post-partum, danneggiando l'ipofisi, ostacola il fisiologico rilascio di prolattina contribuendo ad un ritardo nella lattazione e nella comparsa della montata latte (4).

In alcuni casi, l'emorragia acuta determina il trasferimento della donna nel reparto di terapia intensiva. A tal proposito, l'ausilio di un tiralatte elettrico facilita l'apporto giornaliero di latte materno al neonato che non può beneficiare del rooming-in. Ciò deve applicarsi non solo per il neonato fisiologico ma anche per colui che necessita di assistenza più personalizzata ed è ricoverato nel reparto di terapia intensiva neonatale.

È essenziale per la prevenzione dell'insorgenza di patologie quali sepsi, meningite ed enterocolite necrotizzante e per il miglioramento dell'outcome neuroevolutivo (7).

Per ciò che concerne il vissuto emotivo materno, non vi sono correlazioni tra donne con emorragia e maggiori tassi di depressione post partum. Al contrario, invece, nel 5% di esse è stata riscontrata la sindrome da stress post traumatico (4).

1.2 ANEMIA E TRASFUSIONE

L'anemia è una condizione nella quale il numero dei globuli rossi o la loro capacità di trasportare ossigeno è insufficiente a soddisfare le esigenze fisiologiche, che variano in funzione di età, sesso, altitudine, fumo e stato di gravidanza (OMS). Uno stato anemico, difatti, può manifestarsi già ad inizio gravidanza dato lo sforzo compensativo dell'organismo alle sue maggiori richieste metaboliche (8).

Rappresentando il 41,8% delle gravidanze nei paesi occidentali, l'anemia rientra nel Global Health Program che sostiene l'importanza nella diagnosi e nella prevenzione dell'anemia prenatale (9). Lo stato gravidico porta con sé una fisiologica riduzione del valore dell'emoglobina che per escludere la diagnosi di anemia deve essere non inferiore a 11g/dl nel primo trimestre e 10,5g/dl nel secondo e terzo trimestre.

L'anemia grave è rappresentata da un valore minore di 7g/dl e l'anemia severa da un valore al di sotto di 4g/dl (OMS).

L'anemia materna instauratasi nel post-partum (emoglobina <10g/dl) è correlata ad una insufficiente fornitura di latte materno e ad una veloce cessazione dell'allattamento al seno. A tal riguardo, è associata alla sindrome da insufficienza di latte materno manifestata con brevi periodi di allattamento e poppate frequenti ma inefficaci alla crescita del bambino (10).

Anche se risulta ancora sconosciuto il ruolo dell'anemia come fattore scatenante l'emorragia post-partum, al contrario non le viene negato quello di fattore di rischio per atonia uterina e trasfusioni materne.

Donne con una concentrazione di emoglobina minore a 11g/dl nel terzo trimestre hanno riscontrato un rischio maggiore di ricorso a taglio cesareo, trasfusione materna dopo il parto e minore indice di Apgar alla nascita (9).

Per di più, una severa anemia materna dopo il parto si identifica con uno scarso successo dell'avvio all'allattamento, nonostante l'aggiunta di emazie trasfuse.

Da ciò nasce l'importanza del trattamento dietetico, soprattutto nel terzo trimestre di gravidanza e in prossimità del parto (11).

In caso di una mancata risposta alla terapia emostatica, è opportuno il ricorso ad una trasfusione mirata di globuli rossi concentrati, mantenendo i valori di emoglobina tra 7 e 9 g/dl se non noti i valori di emoglobina prenatale (12).

Storie precedenti di pregresse emorragie post-partum o trasfusioni possono influenzare le gravidanze attuali. In particolare, anomalie placentali hanno

incrementato il rischio di emorragia post-partum e di una successiva trasfusione (13). La trasfusione di globuli rossi in seguito ad una emorragia post partum sembra essere associata ad un ridotto tasso di allattamento al seno. Diversamente da ciò, la concentrazione di emoglobina mediana post trasfusione non coincide con livelli bassi di emoglobina, dimostrando che l'anemia non contribuisce alla riduzione dei tassi di allattamento al seno nelle donne trasfuse (14).

1.3 TAGLIO CESAREO E ALLATTAMENTO

La modalità del parto, in particolare il taglio cesareo, ritarda l'avvio all'allattamento al seno. Madri che allattano dopo il taglio cesareo terminano più precocemente l'allattamento al seno e necessitano di un'assistenza maggiormente accurata e personalizzata rispetto a coloro che hanno espletato il parto vaginale, soprattutto in termini di posizioni da assumere (15).

Da ciò, l'efficacia del contatto pelle a pelle in sala operatoria immediatamente dopo l'estrazione del neonato, grazie alla collaborazione e alla formazione di personale, madri e partner, gioverebbe un lieve aumento del benessere emotivo materno e neonatale, aumento della comunicazione genitore/bambino, riduzione del dolore e dell'ansia materna, miglioramento nella stabilità generale e nei risultati dell'allattamento al seno (16).

È stata, inoltre, riscontrata un'associazione statisticamente significativa con i tassi di allattamento al seno in crescita fino a tre e sei mesi dalla nascita (17).

Tra le modalità di taglio cesareo, in particolare, quello elettivo sembra essere maggiormente associato alla cessazione precoce dell'allattamento al seno (18).

Il contatto pelle a pelle durante il taglio cesareo dovrebbe essere introdotto come cura standard durante l'intervento, essendo esso in grado di garantire minore ricorso a procedure mediche tra cui la gestione dell'analgesia e di farmaci ansiolitici dopo l'intervento (19).

MATERIALI E METODI

2.1 SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo dello studio è quello di porre in relazione la concentrazione di emoglobina post-partum con la modalità di allattamento alla dimissione. Ciò ha l'obiettivo, dunque, di indagare una corretta continuità assistenziale nella promozione dell'allattamento al seno nei casi di ridotta concentrazione di emoglobina riscontrata dopo il parto e di ricorso alla trasfusione in seguito ad una perdita ematica rilevante.

2.2 MATERIALI E METODI

Per la realizzazione di tale elaborato è stata condotta un'indagine in loco presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, nel polo ospedaliero "G. Salesi", all'interno delle Unità Operative di Ginecologia ed Ostetricia e di Neonatologia.

Sono state consultate cartelle cliniche materne cartacee e cartelle cliniche neonatali informatizzate presenti nel programma NeoTools. I valori riscontrati sono stati raccolti e trascritti in un database elettronico Excel.

La popolazione oggetto di studio include un campione di 824 donne che hanno espletato un parto semplice o plurimo a partire dalle 37 settimane gestazionali in un intervallo temporale di sette mesi compreso tra gennaio e luglio 2020.

Per ogni singola paziente sono state prese in esame le seguenti variabili: età materna (anni); età gestazionale (settimane); concentrazione di emoglobina post partum (<7g/dl, 7-9g/dl, >9g/dl); perdite ematiche (ml); tipologia di parto (naturale, operativo, taglio cesareo); tipologia di analgesia (nessuna, epidurale, subaracnoidea); ricorso alla trasfusione; modalità di allattamento alla dimissione (al seno, artificiale, misto).

È stato riportato il valore emoglobinico corrispondente alla prima rilevazione dopo il parto.

Ciascuno dei tre livelli di concentrazione di emoglobina è stato posto a confronto con le diverse variabili presenti nello studio.

Alcuni dei dati relativi alle perdite ematiche non sono stati trascritti poiché non presenti nelle cartelle cliniche materne in quanto considerati irrilevanti.

2.3 ANALISI STATISTICA

I dati dello studio sono stati analizzati usando il programma SPSS 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, U.S.A.). La distribuzione normale delle variabili è stata verificata con il test di Kolmogorov-Smirnov.

Le variabili continue sono espresse sotto forma di media \pm deviazione standard; mentre le variabili categoriche come percentuali.

L'analisi di ANOVA (one-way analysis of variance) seguita dalla correzione di Bonferroni è stata usata per mettere a confronto le variabili numeriche

continue (età materna, età gestazionale, perdite ematiche) tra i vari gruppi dello studio (gruppo emoglobina <7g/dl; gruppo emoglobina tra 7 e 9g/dl; gruppo emoglobina >9g/dl). I dati categorici (tipologia di parto; tipologia di analgesia; ricorso alla trasfusione; modalità di allattamento) sono stati, invece, messi a confronto tramite il test chi-quadro.

Le differenze tra i gruppi relative ai dati numerici che non risultavano distribuiti normalmente sono state valutate attraverso il test di Kruskal-Wallis. I valori riportati nello studio hanno una significatività statistica quando la p-value risulta essere inferiore a 0,05.

3

RISULTATI

Nelle 824 donne indagate, l'età materna si presenta con una media di 32,8 anni e una deviazione standard di $\pm 5,58$. L'età gestazionale è rappresentata da una media di 39,6 settimane e una deviazione standard di $\pm 1,13$.

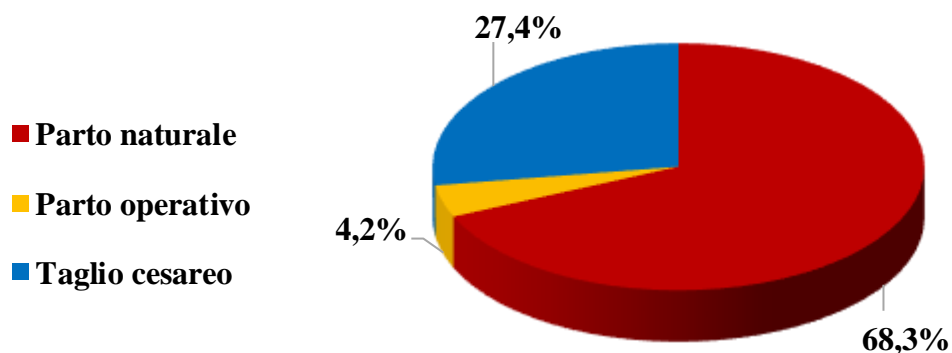
Le perdite ematiche post-partum, invece, hanno una media di 471,4 con una deviazione standard di $\pm 399,06$ (vedi Tabella 1).

Tabella 1. Variabili numeriche

	Media	Deviazione standard
Età materna (anni)	32,8	$\pm 5,58$
Età gestazionale (settimane)	39,6	$\pm 1,13$
Perdite ematiche (ml)	471,4	$\pm 399,06$

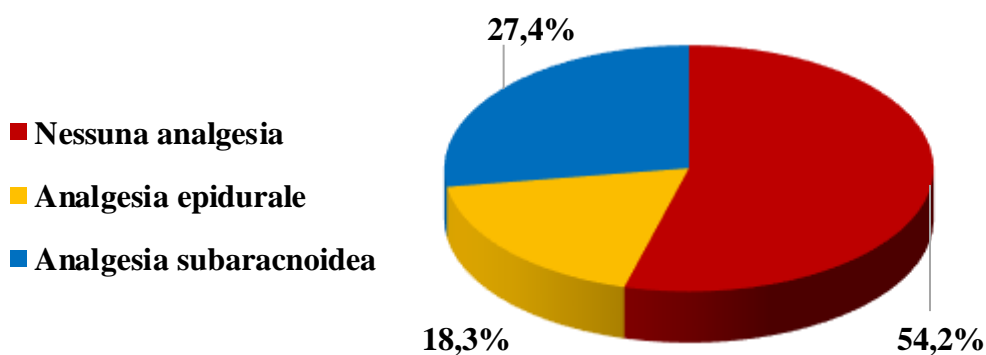
Di 824 donne che hanno partorito tra il 1° gennaio 2020 e il 31 luglio 2020 presso il presidio ospedaliero "G. Salesi" nell'Unità Operativa di Ginecologia ed Ostetricia di Ancona (AN), 563 (68,3%) hanno partorito naturalmente, 35 (4,2%) hanno fatto ricorso ad un parto operativo e 226 (27,4%) sono state sottoposte a taglio cesareo. (vedi Tabella 2 - Grafico 1)

Grafico 1. Distribuzione del campione in funzione della tipologia di parto



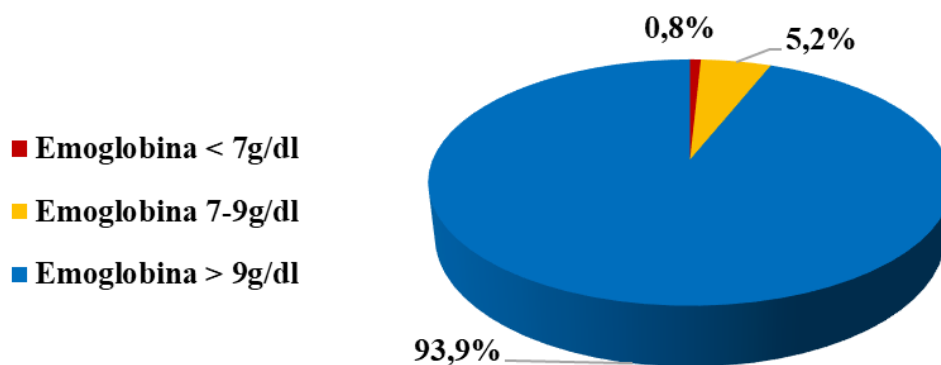
Di 824 donne, 447 (54,2%) non hanno fatto ricorso all'analgisia, 151 (18,3%) hanno effettuato l'analgisia epidurale e 226 (27,4%) l'analgisia subaracnoidea. (vedi Tabella 2 - Grafico 2)

Grafico 2. Distribuzione del campione in funzione della tipologia di analgesia



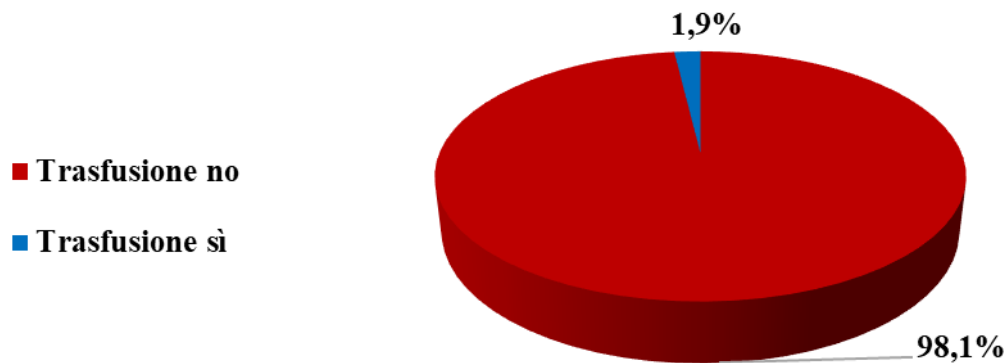
In 7 (0,8%) di 824 donne è stato riscontrato un valore emoglobinico <7g/dl, in 43 (5,2%) una concentrazione di emoglobina tra 7 e 9 g/dl, e in 774 (93,9%) un valore di emoglobina al di sopra di 9g/dl. (vedi Tabella 2 - Grafico 3)

Grafico 3. Distribuzione del campione in funzione della concentrazione di emoglobina post partum



Del totale delle donne, 808 (98,1%) non hanno fatto ricorso alla trasfusione, al contrario delle 16 (1,9%) che ne hanno avuto bisogno. (vedi Tabella 2 - Grafico 4)

Grafico 4. Distribuzione del campione in funzione del ricorso alla trasfusione



Di 824 donne, 670 (81,3%) hanno allattato al seno, 60 (7,3%) hanno usufruito del latte artificiale e 94 (11,4%) hanno effettuato un allattamento di tipo misto. (vedi Tabella 2 – Grafico 5)

Grafico 5. Distribuzione del campione in funzione della modalità di allattamento alla dimissione

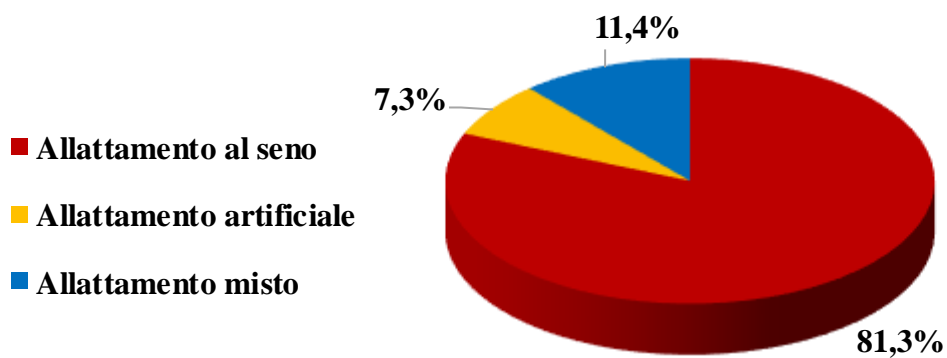


Tabella 2. Distribuzione delle variabili categoriche in frequenze e percentuali

Variabile categorica	Frequenza	Percentuale
Tipologia di parto:		
Parto naturale	563	68,3%
Parto operativo	35	4,2%
Taglio cesareo	226	27,4%
Tipologia di analgesia:		
Nessuna analgesia	447	54,2%
Analgesia epidurale	151	18,3%
Analgesia subaracnoidea	226	27,4%
Concentrazione di emoglobina post partum:		
Emoglobina < 7g/dl	7	0,8%
Emoglobina 7-9g/dl	43	5,2%
Emoglobina > 9g/dl	774	93,9%
Ricorso alla trasfusione:		
No	808	98,1%
Sì	16	1,9%
Modalità di allattamento:		
Allattamento al seno	670	81,3%
Allattamento artificiale	60	7,3%
Allattamento misto	94	11,4%

Mettendo a confronto i tre gruppi in studio (emoglobina <7g/dl, emoglobina tra 7-9g/dl, emoglobina >9g/dl) non sono emerse differenze significative rispetto alle variabili numeriche continue dell'età materna ed età gestazionale.

L'età materna, misurata in anni, si presenta con una media di 32,11 e una deviazione standard di $\pm 4,75$ quando l'emoglobina è <7g/dl; una media di 31,98 e una deviazione standard di $\pm 6,65$ quando essa è tra 7-9g/dl; una media di 32,94 e una deviazione standard di $\pm 5,86$ quando l'emoglobina è superiore a 9g/dl. La p-value risultante non è statisticamente significativa ($p=0,924$).

L'età gestazionale, misurata in settimane, è costituita da una media di 39,72 e una deviazione standard di $\pm 1,35$ quando l'emoglobina è <7g/dl; una media di 39,79 e una deviazione standard di $\pm 2,41$ quando essa è tra 7 e 9g/dl; una media di 38,64 e una deviazione standard di $\pm 1,13$ quando il valore è >9g/dl. Anche da questo confronto la p-value risulta essere non significativa. ($p=0,638$)

Al contrario, sono state riscontrate differenze statisticamente significative nel confronto tra i tre gruppi di concentrazione di emoglobina con la variabile numerica perdite ematiche e le variabili categoriche riguardanti la tipologia di parto, tipologia di analgesia e ricorso alla trasfusione.

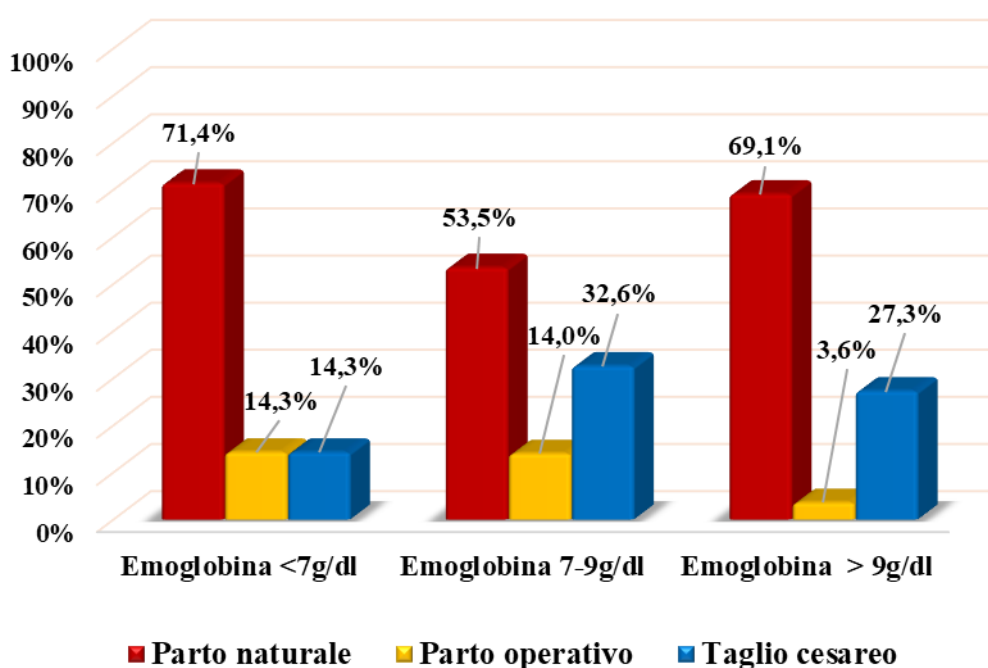
Le perdite ematiche, misurate in ml, risultano avere una media di 1132 con una deviazione standard di ± 485 quando l'emoglobina è <7g/dl; una media di 554 e una deviazione standard di ± 259 quando essa è tra 7-9g/dl; una media di 256

e una deviazione standard di ± 130 quando l'emoglobina è $>9\text{g/dl}$. La differenza statisticamente significativa è rappresentata da $p=0,0002$.

Nella tipologia di parto, di coloro che hanno espletato un parto per via vaginale, 5 donne risultano avere un'emoglobina $<7\text{g/dl}$; 23 tra 7 e 9 g/dl; 535 maggiore a 9g/dl. Tra le donne della tipologia parto operativo, 1 rientra nel gruppo di emoglobina $<7\text{g/dl}$; 6 in quello tra 7 e 9g/dl; 28 nel gruppo di emoglobina al di sopra di 9g/dl. Tra le donne sottoposte a taglio cesareo, 1 ha l'emoglobina al di sotto di 7g/dl; 14 tra 7 e 9g/dl; 211 superiore a 9g/dl.

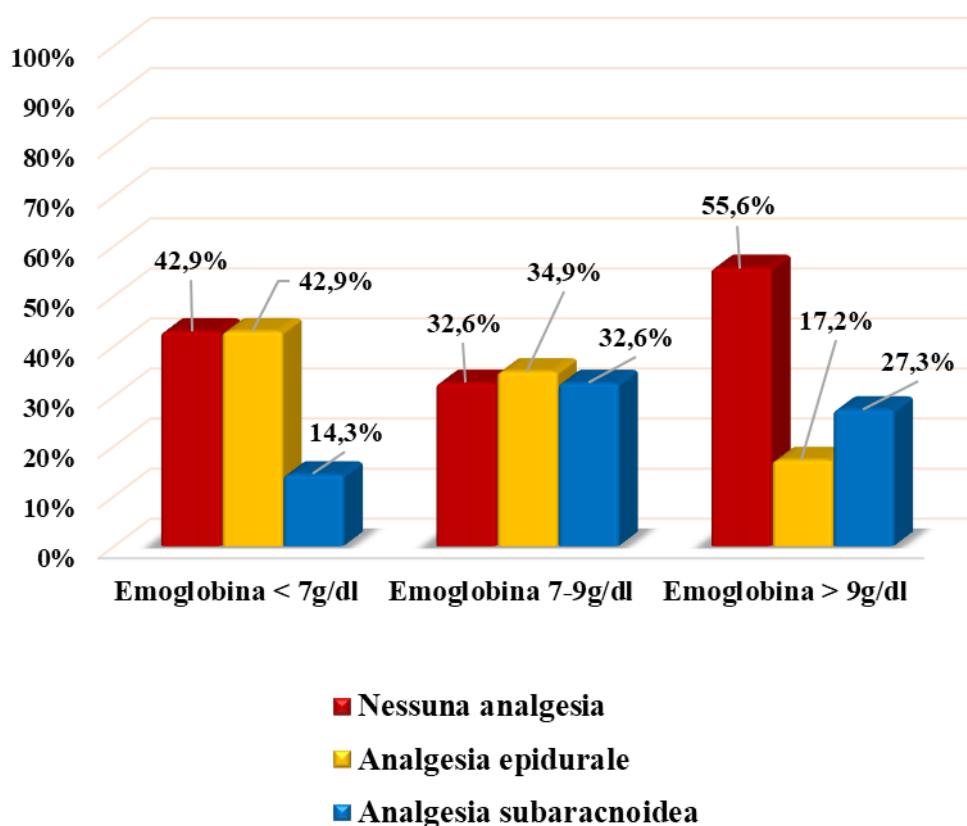
Da questo confronto emerge una p-value significativa. ($p=0,007$) [Tabella 3 – Grafico 6]

Grafico 6. Distribuzione del livello di concentrazione di emoglobina in funzione della tipologia di parto



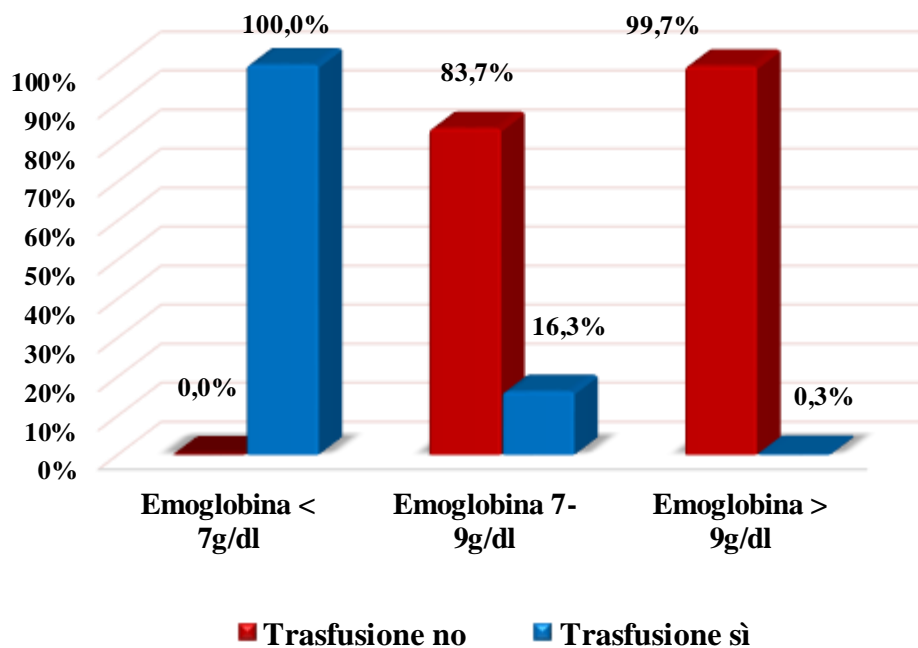
Per ciò che concerne la tipologia di analgesia, tra le donne che non ne hanno fatto ricorso, 3 hanno un'emoglobina <7g/dl; 14 tra 7-9g/dl; 430 al di sopra di 9g/dl. Tra coloro che hanno beneficiato dell'analgesia epidurale, 3 risultano avere un'emoglobina <7g/dl; 15 donne tra 7 e 9g/dl; 133 superiore a 9g/dl. Delle donne sottoposte ad analgesia subaracnoidea, 1 fa parte del gruppo <7g/dl; 14 del gruppo tra 7-9g/dl; 211 del gruppo >9g/dl. La differenza statisticamente significativa è $p=0,006$. (Tabella 3 – Grafico 7)

Grafico 7. Distribuzione dei livelli di concentrazione di emoglobina in funzione della tipologia di analgesia



Per il gruppo trasfusione, delle donne che non ne hanno fatto ricorso, nessuna appartiene al gruppo di emoglobina <7g/dl; 36 rientrano nel gruppo tra 7 e 9g/dl; 772 in quello >9g/dl. Di coloro che hanno avuto bisogno della trasfusione, 7 donne risultano avere un'emoglobina <7g/dl; 7 donne tra 7 e 9g/dl; 2 donne superiore a 9g/dl. La p-value risultante significativa è **p=0,0004**. (Tabella 3 – Grafico 8)

Grafico 8. Distribuzione dei livelli di concentrazione di emoglobina in funzione del ricorso alla trasfusione



Non sono emerse differenze statisticamente significative rispetto ai gruppi delle modalità di allattamento. (vedi Tabella 3 – Grafico 9)

Delle donne che hanno allattato al seno, 6 risultano avere un'emoglobina al di sotto di 7g/dl; 30 donne tra 7 e 9g/dl; 634 al di sopra di 9g/dl. (p=0,132)

Di coloro che hanno beneficiato dell'allattamento artificiale, nessuna donna rientra nel gruppo di emoglobina <7g/dl; 5 fanno parte del gruppo tra 7 e 9g/dl; 55 donne del gruppo >9g/dl. (p=0,409)

Delle donne che hanno effettuato un allattamento misto, 1 ha l'emoglobina minore di 7g/dl; 8 tra 7-9g/dl; 85 superiore a 9g/dl. (p=0,301)

Grafico 9. Distribuzione dei livelli di concentrazione di emoglobina in funzione della modalità di allattamento alla dimissione

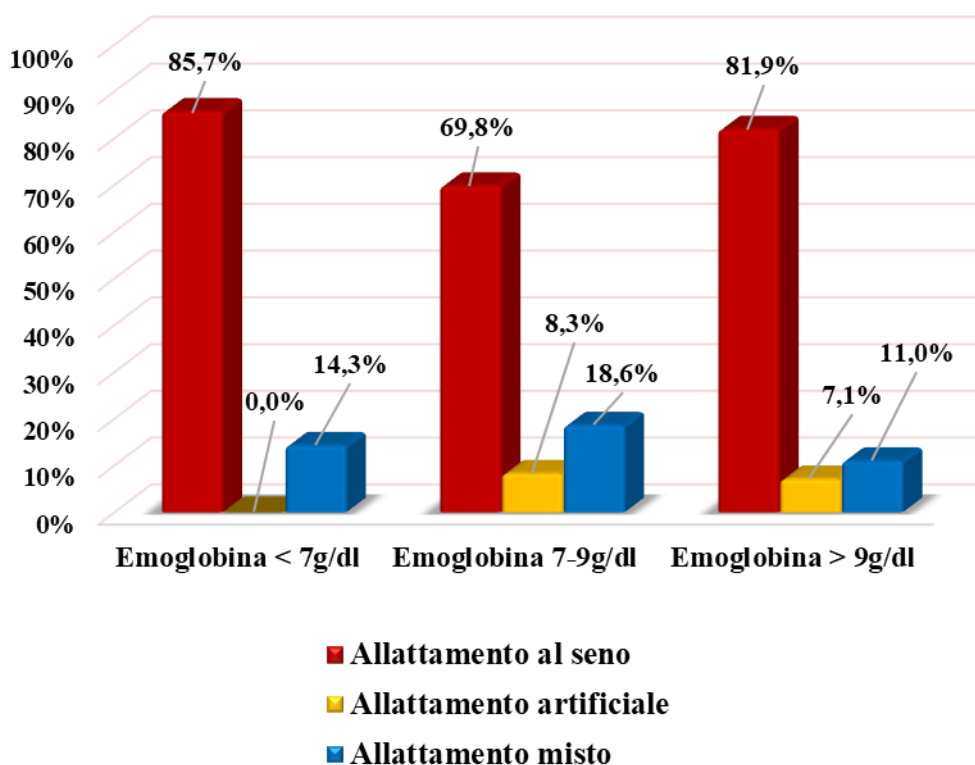


Tabella 3. Caratteristiche della popolazione studiata in funzione dell'emoglobina post-partum

	Hb < 7 g/dl (N = 7)	Hb 7-9 g/dl (N = 43)	Hb > 9 g/dl (N = 774)	p-value
Età (anni)	32,11 ± 4,75	31,98 ± 6,65	32,94 ± 5,86	0,924
Età gestazionale (settimane)	39,72 ± 1,35	39,79 ± 2,41	38,64 ± 1,13	0,638
Perdite ematiche (ml)	1132 ± 485	554 ± 259	256 ± 130	0,0002*
Tipologia di parto				0,007**
Naturale	5 (71,4%)	23 (53,5%)	535 (69,1%)	
Operativo	1 (14,3%)	6 (14,0%)	28 (3,6%)	
Taglio Cesareo	1 (14,3%)	14 (32,6%)	211 (27,3%)	
Tipologia di analgesia				0,006***
Nessuna	3 (42,9%)	14 (32,6%)	430 (55,6%)	
Epidurale	3 (42,9%)	15 (34,9%)	133 (17,2%)	
Subaracnoidea	1 (14,3%)	14 (32,6%)	211 (27,3%)	
Trasfusione				0,0004****
No	0	36 (83,7%)	772 (99,7%)	
Sì	7 (100%)	7 (16,3%)	2 (0,3%)	
Allattamento al seno				0,132
No	1 (14,3%)	13 (30,2%)	140 (18,1%)	
Sì	6 (85,7%)	30 (69,8%)	634 (81,9%)	
Allattamento artificiale				0,409
No	7 (100%)	38 (88,4%)	719 (92,9%)	
Sì	0	5 (8,3%)	55 (7,1%)	
Allattamento misto				0,301
No	6 (85,7%)	35 (81,4%)	689 (89,0%)	
Sì	1 (14,3%)	8 (18,6%)	85 (11,0%)	

Legenda:

- * Hb < 7 g/dl vs Hb 7-9 g/dl, **p-value = 0,0008**
Hb < 7 g/dl vs Hb > 9 g/dl, **p-value = 0,0001**
Hb 7-9 g/dl vs Hb > 9 g/dl, **p-value = 0,0006**

- ** Hb < 7 g/dl vs Hb 7-9 g/dl, p-value = 0,602
Hb < 7 g/dl vs Hb > 9 g/dl, p-value = 0,278
Hb 7-9 g/dl vs Hb > 9 g/dl, **p-value = 0,002**

- *** Hb < 7 g/dl vs Hb 7-9 g/dl, p-value = 0,618
Hb < 7 g/dl vs Hb > 9 g/dl, p-value = 0,196
Hb 7-9 g/dl vs Hb > 9 g/dl, **p-value = 0,003**

- **** Hb < 7 g/dl vs Hb 7-9 g/dl, **p-value = 0,0003**
Hb < 7 g/dl vs Hb > 9 g/dl, **p-value = 0,0001**
Hb 7-9 g/dl vs Hb > 9 g/dl, **p-value = 0,0009**

4

DISCUSSIONE

Ponendo in relazione i tre livelli di emoglobina post partum (<7g/dl; 7-9g/dl, >9g/dl) con le modalità di allattamento alla dimissione neonatale (al seno, artificiale, misto), non sono emerse differenze statisticamente significative. (rispettivamente $p=0,132$; $p=0,409$; $p=0,301$).

Quasi la totalità delle donne ha effettuato l'allattamento al seno (81,3%) contro il 7,3% di coloro che hanno fatto uso dell'allattamento artificiale e l'11,4% dell'allattamento di tipo misto.

La tipologia di allattamento al seno è la più rappresentata in ciascuno dei tre gruppi di emoglobina, presentandosi con la sua maggiore numerosità nel livello con emoglobina più alta.

Pertanto, nelle 7 donne in cui si evidenzia l'emoglobina più bassa, l'85,7% è rappresentato dall'allattamento al seno contro il 14,3% dell'allattamento misto. Nessuna delle donne che hanno usufruito dell'allattamento artificiale ha riscontrato un'emoglobina <7g/dl.

Questo dimostra che l'impegno dei professionisti può fare la differenza.

Da uno studio di coorte multicentrico pubblicato da Thompson et al. nel 2010 si evince che il tasso di allattamento al seno esclusivo nelle donne che hanno subito un'emorragia post partum maggiore è significativamente ridotto e diminuisce ulteriormente nelle donne con emorragie più gravi (4).

Alla base di questo fenomeno sono state individuate le cause principali nella difficoltà di avvio e sostegno all'allattamento precoce, nella carenza di supporto e nelle sequele emotive. Alcune di queste cause possono essere attribuite a necessità assistenziali come la separazione tra madre e neonato per il trattamento di un'emergenza emorragica o per le eventuali cure rianimatorie neonatali, spesso responsabili della posticipazione del contatto pelle a pelle e dell'attaccamento precoce al seno con superamento dell'ora raccomandata dopo il parto.

Al contrario, la prima suzione che si verifica entro le due ore dalla nascita con buone condizioni materne e neonatali è un segnale importante per migliorare il successo dell'allattamento.

È, dunque, importante garantire il contatto tra la diade madre-neonato il prima possibile a promozione dell'allattamento al seno, dimostrando l'esclusione del peggioramento delle condizioni cliniche materne.

Nelle donne in cui la lattazione e/o la montata latte ritardano rispetto alla normale tempistica, gli operatori sanitari assumono un ruolo fondamentale nel supporto emotivo e pratico. In questi casi, l'ipotensione da emorragia post partum, danneggiando in modo transitorio l'ipofisi, genera un ritardo nel rilascio di prolattina.

Tutto ciò dimostra che l'evento che può presentarsi come un fallimento o un incapace avvio all'allattamento è, in realtà, causato da un ritardo temporaneo nella fuoriuscita di latte.

Nello studio in esame, il tasso di allattamento al seno è visibilmente ridotto nel taglio cesareo rispetto al parto naturale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Fondo Internazionale di Emergenza per l'Infanzia delle Nazioni Unite raccomandano che madri e neonati abbiano un contatto pelle a pelle non solo immediatamente dopo un parto vaginale ma anche non appena la madre è vigile e reattiva dopo un taglio cesareo (16).

È noto, infatti, che il taglio cesareo riduce l'inizio dell'allattamento al seno, aumenta il periodo di tempo precedentemente alla prima poppata, riduce l'incidenza dell'allattamento esclusivo al seno, ritarda in modo significativo l'inizio dell'allattamento e aumenta la probabilità di integrazione del latte artificiale.

Inoltre, il trasporto di un neonato fuori dalla sala operatoria dopo taglio cesareo evitando il contatto pelle a pelle può contribuire alla consapevolezza materna del disagio, dell'ansia e della necessità di somministrazione di analgesici e ansiolitici per il sollievo (19).

A tal proposito, è importante ricercare soluzioni per migliorare i tassi di allattamento al seno dopo un taglio cesareo grazie ad una collaborazione e una giusta formazione tra personale, madri e partner (16).

Il contatto pelle a pelle effettuato il prima possibile subito dopo l'intervento sarebbe in grado di mantenere costanti i tassi di allattamento al seno fino ai tre e ai sei mesi di vita (17).

Lo studio retrospettivo oggetto di tesi presenta una correlazione tra calo nella concentrazione di emoglobina e ricorso alla trasfusione.

Madri anemiche riportano associazioni con sindrome da insufficienza di latte, periodi ridotti di allattamento al seno e svezzamento in età precoce (10).

Lo screening offerto in gravidanza, l'indagine sui casi con livelli di emoglobina inferiori al normale e lo screening per la ricerca di emoglobinopatie sono alla base della prevenzione dell'anemia prenatale (9).

A ciò si aggiunge il miglioramento dei livelli di emoglobina con il trattamento dietetico che prevede l'assunzione di ferro, soprattutto nel terzo trimestre di gravidanza e in prossimità del parto (11).

Oltre all'emorragia, un aumento dei tassi di trasfusioni massicce nel post partum è influenzato anche da altri fattori come la presenza di una placenta anomala. Ciò potrebbe essere evitato grazie ad una migliore consapevolezza nel periodo prenatale (13).

La trasfusione di sangue al primo parto di una donna è stata associata a ritardi nelle nascite successive e a tassi più elevati di trasfusione ed esiti avversi al secondo parto. Da qui nasce l'esigenza e l'importanza di ottenere una storia ostetrica completa della donna relativa a precedenti trasfusioni ed emorragie in modo da ridurre al minimo il rischio di ricorrenza nelle gravidanze successive (20).

Uno studio retrospettivo di coorte effettuato da Chessman et al. nel 2018 (14) conferma che i tassi di emorragia post partum e i tassi di trasfusione a seguito di emorragia post partum sono aumentati in contesti con risorse elevate.

Nella donna con anemia nel post partum senza sanguinamento in corso, la decisione di trasfondere potrebbe non essere semplice.

Tutto si basa su una valutazione dei benefici per i livelli di energia rispetto ai rischi di trasfusione come infezioni trasmesse dal sangue, reazioni trasfusionali ed effetti immunologici. A ciò si aggiunge l'energia finalizzata alla cura del proprio neonato.

Proprio per questo, essendo l'allattamento al seno un aspetto importante della cura del neonato, con benefici sia per il neonato che la madre, alcuni medici ritengono che la trasfusione possa aumentare la probabilità di allattamento al seno nelle donne anemiche dopo il parto.

La concentrazione mediana di emoglobina post trasfusione si presenta superiore a 9g/dl, suggerendo che l'anemia persistente non contribuisce alla riduzione dei tassi di allattamento al seno nei gruppi trasfusi.

Negli studi precedenti tale risultato non si era riscontrato per via di fattori confondenti come la gravità dell'emorragia e le complicanze infantili. Ciò è stato evitato limitando la popolazione in studio ad emorragie post partum meno gravi e neonati a termine.

L'allattamento al seno sostenuto alla nascita, e in particolare entro la prima ora di vita, risulta prevalere sulle altre tipologie rendendo stabile nel tempo la

proporzione dei bambini allattati in modo esclusivo per almeno sei mesi, come indicato dai dati Cedap della provincia di Trento e di altre regioni italiane (21).

Il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento (TAS) del Ministero della Salute afferma che attualmente l'Italia è carente di un sistema di monitoraggio valido che consenta di avere dati certi sulla diffusione dell'avvio e della durata dell'allattamento, soprattutto riguardo al tipo esclusivo.

Le schede pediatriche garantiscono una copertura di raccolta dati estesa a 12 mesi dalla nascita solo per l'85%.

Un monitoraggio completo sarebbe possibile promuovendo una rete unificante tra i sistemi di valutazione già preesistenti, come il certificato di assistenza al parto e le schede informative pediatriche, con altri ancora da generare, al fine di migliorare l'accuratezza sui risultati relativi alle modalità di allattamento con estensione fino al primo anno di vita.

5

CONCLUSIONI

Dai dati emersi da questo studio retrospettivo, l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia del polo ospedaliero "G. Salesi" si conferma un centro virtuoso nel sostegno all'allattamento al seno. Difatti, l'allattamento al seno prevale sull'artificiale e sul misto.

È importante notare che nelle 7 donne trasfuse appartenenti al gruppo di emoglobina più basso l'allattamento al seno è prevalso sul misto, senza alcun riscontro dell'allattamento artificiale.

Non si evidenzia una relazione significativa tra calo di emoglobina post partum e riduzione di allattamento al seno. A tal proposito, tale componente predomina in tutte le donne trasfuse indipendentemente dal gruppo di emoglobina di appartenenza.

Questa tesi, dunque, conferma lo studio già esistente in letteratura (21) dimostrando che l'anemia rilevata nel post partum non contribuisce alla diminuzione dei tassi di allattamento esclusivo al seno.

Oltre a ciò, è doveroso affermare che l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia del polo ospedaliero "G. Salesi" di Ancona si identifica con una corretta continuità assistenziale nella promozione dell'allattamento al seno in presenza di valori emoglobinici bassi riscontrati dopo il parto e con un opportuno ricorso alla trasfusione in seguito ad una perdita ematica rilevante.

Per di più, nonostante sia un centro di III livello ad indirizzo prevalentemente patologico, nelle 824 donne prese in esame la gestione del travaglio, del parto e del post partum si dimostra garante di fisiologia.

Infatti, in aggiunta alla prevalenza dell'allattamento al seno, la maggior parte delle donne ha effettuato un parto naturale senza giovare dei benefici dell'analgesia e senza alcun ricorso alla trasfusione.

Oltre alla volontà materna di allattare superando ogni ostacolo fisico ed emotivo che ne deriva dall'evento accaduto, i professionisti di tale unità operativa si dimostrano impegnati e concentrati nel supporto pratico e nel sostegno morale apportati alle donne in uno dei momenti più importanti della loro vita.

6

BIBLIOGRAFIA

- (1) Breastfeeding, World Health Organization. (www.who.int)
- (2) Karimi F. Z., Heidarian Miri H., Salehian M., Khadivzadeh T., Bakhshi M. (2019) The Effect of Mother-Infant Skin to Skin Contact after Birth on Third Stage of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis in “Iranian Journal of Public Health”.
- (3) Thompson J. F., Heal L. J., Roberts C. L., Ellwood D. A. (2010) Women's breastfeeding experiences following a significant primary postpartum haemorrhage: A multicentre cohort study in “International Breastfeeding Journal”.
- (4) Antonelli M. (2019) Emorragia post partum, l’assistenza alla puerpera in “Nurse24.it”.
- (5) Saxton A., Fahy K., Rolfe M., Skinner V., Hastie C. (2015) Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: Results of a cohort study in “Midwifery”.
- (6) Thompson J. F., Roberts C. L., Ellwood D. A. (2011) Emotional and physical health outcomes after significant primary post-partum haemorrhage (PPH): A multicentre cohort study in “Australian and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynaecology”.

- (7) Davanzo R., Maffeis C., Silano M. et al (2015) Allattamento al seno e uso del latte materno/umano. Position Statement 2015, Ministero della Salute.
- (8) Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N. Ginecologia e Ostetricia, Società Editrice Universo, V edizione, Roma.
- (9) Casorelli A., Scarpelli N., Silvestri M. (2018) Anemia in gravidanza: un problema sanitario globale, Focus/Anemia, AOGOI.
- (10) Henly S. J., Anderson C. M., Avery M. D., Hills-Bonczyk S. G., Potter S., Duckett L. J. (1995) Anemia and insufficient milk in first-time mothers in “Birth”.
- (11) Horie S., Nomura K., Takenoshita S., Nakagawa J., Kido M., Sugimoto M. (2017) A relationship between a level of hemoglobin after delivery and exclusive breastfeeding initiation at a baby friendly hospital in Japan in “Environmental Health and Preventive Medicine”.
- (12) Linee guida SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese (2014) Gestione multidisciplinare dell'emorragia post-partum, Algoritmo.
- (13) Thurn L., Wikman A., Westgren M., Lindqvist P.G. (2019) Massive blood transfusion in relation to delivery: incidence, trends and risk factors: a population-based cohort study in “An International Journal of Obstetrics & Gynaecology”.

(14) Chessman J., Patterson J., Nippita T., Drayton B., Ford J. (2018) Haemoglobin Concentration following postpartum haemorrhage and the association between blood transfusion and breastfeeding: a retrospective cohort study in “BMC Res Notes”.

(15) Cakmak H., Kuguoglu S. (2007) Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an observational study using the LATCH breastfeeding charting system in “International Journal of Nursing Studies”.

(16) Stevens J., Schmied V., Burns E., Dahlen H. (2014) Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature in “Maternal & Child Nutrition”.

(17) Guala A., Boscardini L., Visentin R. et al (2017) Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study in “Scientific World Journal”.

(18) Hobbs A. J., Mannion C. A., McDonald S. W., Brockway M., Tough S. C. (2016) The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum in “BMC Pregnancy and Childbirth”.

(19) Wagner D. L., Lawrence S., Xu J., Melsom J. (2018) Retrospective Chart Review of Skin-to-Skin Contact in the Operating Room and Administration of Analgesic and Anxiolytic Medication to Women After Cesarean Birth in “Nursing for Women's Health”.

(20) Patterson J.A., Nippita T., Randall D.A., Irving D.O., Ford J.B. (2018) Outcomes of subsequent pregnancy following obstetric transfusion in a first birth in “PLOS ONE”.

(21) Piffer S., Bombarda L., Pertile R. (2017) Monitoraggio dell'allattamento attraverso i flussi informativi della pediatria di base in “Epicentro, Istituto Superiore di Sanità”.