

**CONTATTO PRECOCE
PELLE A PELLE
ALLA NASCITA:
SEMPLICE ED EFFICACE**

Fonte: Médecine & enfance 2014; 10: 364

Questa rubrica presenta i risultati di una revisione sistematica pubblicata dalla Cochrane Collaboration nella Cochrane Library (www.cochrane.org). Volutamente limitato a un campo di ricerca circoscritto, quest'articolo ripercchia lo stato attuale delle conoscenze in quest'ambito. Non si tratta dunque di raccomandazioni per orientare la presa a carico di una problematica clinica vista nella sua interezza (linee guida). Gli autori di questa revisione si basano sulla revisione sistematica e non mettono in questione le scelte degli articoli inclusi nella rivista.

Scenario

Siete chiamato quale pediatra in maternità per una nascita a trentasei settimane di gestazione. Al vostro arrivo, a cinque minuti di vita, il neonato, ben colorito, è posizionato sul ventre materno.

Quesito

Quale comportamento adottate?



Contesto

Il contatto pelle a pelle consiste nel posizionare il neonato in decubito ventrale, nudo e coperto, sul petto di sua madre. Questa pratica è spesso ritardata a causa di altre cure (asciugatura, vestizione, controlli, ecc.).

Questa revisione sistematica, aggiornata nel 2012, include i risultati di 34 studi randomizzati comparati (2'177 coppie madre-bambino) che hanno valutato l'effetto del contatto pelle a pelle precoce nei neonati sani (dalla trentaquattresima settimana di gestazione) sull'allattamento, l'adattamento e il comportamento del neonato, così come sul legame madre-bambino.

Risultati

Nei neonati, il contatto pelle a pelle precoce paragonato a una presa a carico standard (bambino fasciato o vestito, tra le braccia di sua madre, collocato in una culla o sotto una lampada riscaldante) ha gli effetti seguenti:

- allattamento: aumento del numero di madri che continuano l'allattamento da uno a quattro mesi dopo la nascita (13 studi, n=702; RR: 1,3; IC 95%: 1,1-1,5);
- adattamento neonatale: migliore, secondo lo SCRIP-score*, nelle prime sei ore nei neonati tra i 1'200 e i 2'200g (1 studio, n=44; DM: 2,9; IC 95%: 0,5-5,2); glicemia più elevata da 75 a 90 minuti dopo la nascita (2 studi, n=94; DM: 10,6 mg/dl; IC 95%: 8.4 a 12.7);
- criteri secondari: aumento dell'allattamento esclusivo fino da tre a sei mesi dalla nascita (3 studi, n=149; RR: 2,0; IC 95%: 1,4-2,8) e diminuzione del numero di ingorgo mammario (2 studi, n=131; DSM: -0,4; IC 95%: -0,8 a -0,1); diminuzione della durata e degli episodi di pianto durante un'osservazione da 75 a 90 minuti (3 studi, nessuna meta-analisi); miglioramento dell'interazione madre-bambino a dodici mesi (1 studio) e diminuzione dell'ansia materna (1 studio).

Limiti

- Qualità metodologica variabile, bias di misura possibile (criteri soggettivi).
- Applicazione limitata della procedura in cieco.
- Forte eterogeneità degli studi (numerose criteri di valutazione, grande variabilità tra gli interventi e i criteri di valutazione, popolazione di studio molto diverse).
- Bias di pubblicazione possibile.
- Assenza d'informazioni sul rischio di grave malessere o arresto cardiorespiratorio legato al decubito ventrale.

Conclusioni degli autori

Il contatto pelle a pelle precoce migliora la presa a carico della madre e del bambino, favorendo l'allattamento, il comportamento del neonato e il legame in modo prolungato. È raccomandato dall'OMS e dall'Unicef per i neonati sani. Potrebbe inoltre favorire l'adattamento precoce dei neonati moderatamente prematuri.

Sono necessari nuovi studi di buona qualità per precisare le condizioni di sorveglianza, la durata ottimale del contatto e le modalità in caso di parto cesareo. L'associazione con altri interventi, quali il clampaggio tardivo del cordone, è in corso di studio.

Risposta al quesito clinico

Il contatto pelle a pelle precoce dovrebbe essere favorito ogni qual volta possibile, sotto riserva di un'adeguata sorveglianza. In questo caso, in assenza di complicazioni, la valutazione medica precoce e i primi controlli possono essere realizzati lasciando il neonato sul ventre materno, in presenza di un curante.

Abbreviazioni:

RR: rischio relativo;

IC 95%: intervallo di confidenza al 95%;

DM: differenza media;

DSM: deviazione standard media; * SCRIP-score: Fischer C.B. et al., «*Cardiorespiratory stability of premature boys and girls during kangaroo care*», Early Hum. Dev., 1998; 52: 145-53.

Redazione

S. Joye¹, C. Fischer-Fumeaux¹, A. Flatz²,
J.F. Tolsa¹

¹ Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Université de Lausanne, Service de néonatalogie, avenue Pierre-Decker 2, 1011 Lausanne.

² Institut de médecine sociale et préventive (CHUV et Université de Lausanne) e Cochrane Suisse, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne

Corrispondenza

swiss.cochrane@chuv.ch

Traduzione in italiano

Dr med. Fabrizio Barazzoni, MPH,
FMH Prevenzione e salute pubblica

Capo Area medica

Capo Area formazione accademica,
ricerca e innovazione

Direzione generale EOC

fabrizio.barazzoni@eoc.ch

Stefania Pelli, MBA,

Collaboratrice scientifica

Area medica Direzione generale EOC

stefania.pelli2@eoc.ch

Bibliografia

Moore E.R., Anderson G.C., Bergman N., Dowswell T., «Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants», Cochrane Database Syst. Rev., 2012; 5: CD003519.