Disidratazione ipernatremica nei bambini allattati al seno

Data 10 maggio 2009
Categoria pediatria

Un calo del peso del lattante superiore al 10% può essere indicativo della comparsa di disidratazione ipernatremica.

Un lavoro retrospettivo realizzato in Olanda affronta il problema del riconoscimento clinico della disidratazione ipernatremica nei bambini allattati al seno.

La disidratazione ipernatremica interesserebbe 7 bambini ogni 10.000 allattati al seno e può portare a gravi complicazioni (tra le altre, edema cerebrale, convulsioni, coagulazione intravasale disseminata, insufficienza renale, danno cerebrale permanente, morte). Il quadro tende a presentarsi clinicamente intorno al 10° giorno di vita.

Nella pratica clinica lo stato di idratazione e la crescita del bambino vengono valutate grazie a misure ripetute del peso. Si considera fisiologico un calo intorno al 10% rispetto al peso alla nascita con recupero entro il 10-14° giorno di vita. La validità di questo valore nell'identificare i bambini con disidratazione ipernatremica è sconosciuta.

Obiettivo del lavoro è quello di valutare la validità del calo fisiologico nell'identificare correttamente i bambini con disidratazione ipernatremica e di confrontarla con quella di uno strumento sviluppato dagli autori.

Sono stati a questo scopo selezionati 1554 neonati allattati al seno e definiti come sani con la misura del peso alla nascita e almeno una seconda valutazione del peso tra il 2° e l'11° giorno di vita. Grazie ai dati di questi neonati gli autori hanno costruito un grafico di riferimento per la perdita relativa di peso nei primi 12 giorni di vita.

Un'analisi della letteratura ha consentito di identificare 83 casi di bambini allattati al seno che sono stati ospedalizzati per disidratazione iperatremica tra il 2° e l'11° giorno di vita. I dati della perdita relativa di peso di questi bambini sono stati utilizzati per valutare la validità del criterio del 10% e del grafico di riferimento costruito dagli autori rispetto all'identificazione dei casi di disidratazione ipernatremica.

I risultati hanno messo in evidenza che il criterio del 10% ha una sensibilità del 90.4% e una specificità del 98.3%, mentre il grafico di riferimento una sensibilità dell'85.5% e una specificità del 99.4%. Questo significa che l'utilizzo del criterio del 10% rispetto al grafico proposto dagli autori produce un numero più basso di falsi negativi e un numero più alto di falsi positivi (quindi di bambini che sarebbero indagati inutilmente). Gli autori concludono che l'uso del grafico di riferimento può essere utile per identificare i bambini con disidratazione ipernatremica.

Commento

Diversamente da quanto affermato dagli autorri, il dato principale che emerge dal lavoro è la conferma della bontà del criterio del 10% che è di semplice applicazione e che sembra identificare un numero più basso di falsi negativi. Va comunque sottolineato che la sola valutazione del peso del bambino è probabilmente insufficiente a definire in maniera adeguata il problema. Bisognerebbe valutare lo stato di benessere del bambino (è irritabile o letargico? Si attacca al seno e succhia bene? Le minzioni sono di numero e quantità adeguata? ecc) e della madre (sta bene o è eccessivamente stanca? C'è stata la montata lattea? ecc). Queste e altre considerazioni sono riportate anche nell'editoriale di accompagnamento al lavoro. Lo studio ha il grosso limite metodologico di essere retrospettivo; il grafico di riferimento è stato costruito su dati di bambini estratti da una più ampia coorte retrospettiva e definiti dagli autori come sani ma a cui non è stata valutata, ad esempio, la natremia; la valutazione della validità è stata realizzata grazie a dati della letteratura. I risultati andrebbero quindi confermati in maniera prospettica e con un disegno adeguato.
E' inoltre da segnalare uno studio retrospettivo pubblicato su J Pediatr e realizzato negli USA che ha valutato l'outcome a lungo termine di neonati con disidratazione. In una coorte di 106.627 neonati a termine o vicini al termine con peso alla nascita >2000 gr sono stati identificati 182 bambini re-ospedalizzati per disidratazione (calo di peso di >12% e/o sodiemia >150 mEq/L) entro 15 giorni dalla dimissione. Sono stati inoltre estratti in maniera randomizzata 419 controlli senza disidratazione. I soggetti reclutati provenivano da una popolazione con assicurazione medica completa e con un livello di educazione relativamente alto. Una valutazione completa ad un'età media di 5.1 anni (DS 0.12) era disponibile per 106 bambini nel gruppo con disidratazione (58%) e 168 nel gruppo di controllo (40%). Il 92% dei casi con follow up a 5 anni era allattato al seno al momento della dimissione dal punto nascita rispetto al 64% dei controlli. Nessuno dei casi ha presentato quadri drammatici di disidratazione (shock, cancrena o insufficienza respiratoria). I risultati del follow up a lungo termine non hanno evidenziato differenze tra i due gruppi nei test cognitivi somministrati, nella frequenza di esami neurologici anomali o di diagnosi neurologiche. Gli autori concludono che la disidratazione neonatale non è risultata associata ad esiti di neuroevolutivi avversi, almeno nel setting in cui è stata realizzata la ricerca e nei bambini studiati. Anche in questo caso il limite dello studio sta nel suo disegno retrospettivo e nella perdita al follow up del 42% dei soggetti nel gruppo dei casi e del 60% nel gruppo di controllo. Inoltre l'età di 5 anni può essere troppo precoce per mettere in evidenza piccole alterazioni delle funzioni corticali superiori che potrebbero manifestarsi come difficoltà in funzioni più complesse (minimal brain damage).

Referenze

van Dommelen P, van Wouwe JP, Breuning-Boers JM, et al. Reference chart for relative weight change to detect hypernatraemic dehydration. Arch Dis Child 2007;92:490-4.

Escobar GJ, Liljestrand P, Hudes ES, et al. Five-year neurodevelopmental outcome of neonatal dehydration. J Pediatr 2007;151:127-3.

Contenuto gentilmente concesso da: Associazione Culturale Pediatri (ACP) - Centro per la Salute del Bambino/ONLUS CSB - Servizio di Epidemiologia, Direzione Scientifica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste; tratto da: Newsletter pediatrica. Bollettino bimestrale- Agosto-Ottobre 2007.