



OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA FOLIGNO

Dipartimento Materno Infantile – S.C. di Pediatria e Neonatologia

Presidio Ospedaliero di Foligno 2° piano – ascensore B

Nido: 0742/3397689

Coordinatrice: 0742/3397668 FAX :0742/3397665

e-mail: neonatale.foligno@uslumbria2.it

Cari Genitori,

Di seguito sono elencate informazioni essenziali che spiegano perché saranno eseguite le seguenti profilassi sul vostro/a neonato/a subito dopo la nascita. Vi preghiamo di leggere attentamente ed, eventualmente, di chiedere delucidazione al nostro personale medico-infermieristico.

☐ SOMMINISTRAZIONE DI VITAMINA K₁ (1 MILLIGRAMO PER INTRAMUSCOLO)

La vitamina K è un cofattore enzimatico essenziale per l'attività biologica dei fattori della coagulazione vitamina K-dipendenti. Il deficit di vitamina K determina il rilascio di proteine inattive nella cascata della coagulazione. La carenza di vitamina K nel periodo neonatale e nel secondo-terzo mese di vita è associata a rischio emorragico responsabile del quadro clinico di VKDB.

Il deficit di vitamina K può causare sanguinamento nei bambini nei primi 3 mesi di vita. La malattia è distinta convenzionalmente in tre forme: precoce, classica e tardiva. Le sedi di sanguinamento sono cutanea e gastrointestinale; nella forma tardiva può tuttavia esserci frequentemente un interessamento intracranico (50-80% dei casi).

- La **forma precoce** (6-12%) si manifesta entro le prime 24 ore di vita, quasi esclusivamente nei neonati figli di madri che assumono farmaci che inibiscono la vitamina K: anticonvulsivanti (carbamazepina, fenitoina, barbiturici), antitubercolinici (isoniazide e rifampicina), antibiotici, antagonisti della vitamina K (coumarin e warfarin). Si manifesta con cefalo-ematoma ed emorragie intracraniche e addominali. Non è prevenibile con la somministrazione di vitamina K al neonato, che può quindi necessitare di ripetute trasfusioni di plasma fresco congelato e somministrazione endovenosa di vitamina K in caso di sanguinamento. Non è stato dimostrato che l'integrazione prenatale di vitamina K riduca la VKDB a esordio precoce, sebbene sia stato dimostrato che aumenta le concentrazioni plasmatiche di vitamina K nel cordone ombelicale. Non esistono prove sufficienti per raccomandare l'integrazione prenatale di vitamina K alle donne che ricevono questi farmaci.
- La **forma classica** si manifesta entro 24 ore - 7 giorni di vita ed è associata a ritardata o inadeguata alimentazione. Più lieve, contempla ematomi, maggiore sanguinamento dei punti di prelievo o a livello ombelicale o sanguinamento gastrointestinale. L'incidenza, un tempo descritta tra lo 0,25-1,5%, è ora stimata da 0,01% a 0,44% dopo l'introduzione della profilassi con vitamina K alla nascita (1 mg per via intramuscolare). Qualora ci fosse un rifiuto alla somministrazione intramuscolo alla nascita di vitamina K, si può attuare una profilassi orale

che, a seconda dei vari protocolli proposti, appare comunque efficace a prevenire le forme classiche. Si tratta comunque di una somministrazione cronica da effettuare per le prime settimane di vita che prevede una buona compliance genitoriale.

- La **forma tardiva** è stata descritta prevalentemente in presenza di una colestasi (a volte, come detto, misconosciuta) e soprattutto in chi è allattato esclusivamente al seno. Si manifesta tra la seconda settimana e i 6 mesi di vita. È in genere gravissima, con mortalità del 20%; l'emorragia intracranica è riscontrata nel 50% circa dei casi. L'incidenza negli allattati al seno non supplementati è del 4,4-7,2/100.000 nati vivi (1 caso ogni 15.000-20.000 nati). I neonati con colestasi (ad esempio atresia delle vie biliari) e malassorbimento (es. fibrosi cistica) sono particolarmente a rischio. Non sono stati condotti studi randomizzati per valutare l'efficacia della vitamina K intramuscolare postnatale precoce nell'eliminazione del VKDB tardivo. Tuttavia, ci sono diversi ampi studi di sorveglianza nazionale che hanno esaminato i tassi di VKDB tardiva dall'introduzione della profilassi con vitamina K in Giappone, Germania, Gran Bretagna e Thailandia. Tutti questi studi hanno mostrato riduzioni significative del VKDB a esordio tardivo nella popolazione.

☐ PROFILASSI OCULARE (1 APPLICAZIONE COLLIRIO ANTIBIOTICO PER OCCHIO)

L'Ophthalmia neonatorum è una forma grave di infezione oculare del neonato che insorge entro le prime quattro settimane di vita. L'agente eziologico tradizionalmente responsabile delle forme più gravi è la Neisseria gonorrhoeae, ma attualmente vengono incluse nella definizione di Ophthalmia neonatorum anche altre forme di congiuntivite neonatale, in particolare quella da Chlamydia trachomatis.

Il fattore di rischio principale della Ophthalmia neonatorum da Neisseria gonorrhoeae o da Chlamydia trachomatis è la presenza di una infezione nella madre, che molto spesso, anche in gravidanza, si presenta asintomatica. Nelle madri con infezione da Neisseria gonorrhoeae non sottoposte a terapia, il rischio di trasmissione è pari al 30-50% dei neonati. Di questi si stima che il 20% può sviluppare ulcerazione corneale.

Nelle ultime linee guida sulla gravidanza fisiologica, elaborate nel 2011 da Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria, la profilassi oftalmica è descritta come efficace e sicura, ma non c'è alcun invito o indicazione ad effettuarla come obbligo o come raccomandazione.

Lo staff della Neonatologia del P.O. di Foligno

