

Czas pobytu zdrowego donoszonego noworodka w szpitalu

Komisja ds. Płodów
i Noworodków

American
Academy of
Pediatrics



Zasady organizacji opieki
zdrowotnej oraz poprawy
stanu zdrowia dzieci

Streszczenie

Czas pobytu matki i jej zdrowego donoszonego noworodka w szpitalu powinien być na tyle długi, aby pozwolił na wykrycie problemów zdrowotnych ujawniających się we wczesnym okresie życia oraz na upewnienie się, że rodzina jest przygotowana do zaopiekowania się noworodkiem w domu. Określając czas pobytu w szpitalu, należy też uwzględnić jedyne w swoim rodzaju cechy charakteryzujące każdą parę matka-noworodek, w tym zdrowie matki, zdrowie oraz stabilność stanu noworodka, umiejętności i pewność matki, że będzie potrafiła zaopiekować się swoim dzieckiem, adekwatność systemów wsparcia w domu oraz dostęp do odpowiedniej opieki po wypisie. Zanim podejmie się decyzję o wypisaniu noworodka ze szpitala, należy wziąć pod uwagę zdanie matki oraz opinię położnika, jak również uczynić wszystko, aby matka przebywała razem z noworodkiem i propagować równoczesne wypisy matki i dziecka ze szpitala do domu.

Wprowadzenie

Czas pobytu matki i jej zdrowego donoszonego noworodka (para matka-noworodek) w szpitalu powinien być na tyle długi, aby pozwolił na wykrycie problemów zdrowotnych ujawniających się we wczesnym okresie życia oraz na upewnienie się, że rodzina jest przygotowana do zaopiekowania się noworodkiem w domu. Wiele chorób układu krążenia oraz oddechowego związanych z przejściem ze środowiska wewnątrzmacicznego do zewnętrznego ujawnia się w ciągu pierwszych 12 godzin po urodzeniu.¹ Wykrycie istotnej klinicznie żółtaczki,² przewodozależnej wady serca,^{3,4} niedrożności przewodu pokarmowego⁵ oraz innych problemów zdrowotnych może wymagać dłuższej obserwacji przez doświadczony i posiadający odpowiednie umiejętności zespół specjalistów.⁶ Od lat 70. do połowy lat 90. XX wieku średni okres pobytu pary matka-noworodek po urodzeniu stopniowo się skracał.⁷ Wczesny wypis noworodka wprowadzono w latach 90., ale w odpowiedzi na dyskusję, która dotyczyła opieki oraz bezpieczeństwa matek i ich noworodków, w większości stanów oraz w Kongresie Stanów Zjednoczonych

Słowa kluczowe:

noworodek, szpital, wypis ze szpitala

Wszystkie zalecenia American Academy of Pediatrics tracą ważność automatycznie po upływie 5 lat od publikacji, o ile nie zostaną ponownie potwierdzone, zweryfikowane lub wycofane w tym czasie lub przed jego upływem.

Niniejszy dokument jest chroniony prawem autorskim i stanowi własność American Academy of Pediatrics i jej Rady Naczelnej. Wszyscy autorzy przedstawili American Academy of Pediatrics oświadczenia w sprawie konfliktu interesów. Jakikolwiek przypadek konfliktu interesów zostały rozwiązane za zgodą Rady Naczelnej AAP. American Academy of Pediatrics nie zwracała się ani nie wyrażała zgody na jakikolwiek udział podmiotów komercyjnych w tworzeniu treści niniejszej publikacji.

uchwalono przepisy prawa, które zagwarantowały pobyt w szpitalu do 48 godzin w przypadku porodu drogą naturalną oraz do 96 godzin po porodzie drogą cięcia cesarskiego. W kilku kolejnych badaniach stwierdzono, że przepisy prawne dotyczące czasu pobytu noworodka w szpitalu doprowadziły do jego wydłużenia, ale wpływ dłuższego pobytu na wskaźnik ponownych przyjęć noworodków do szpitala był niejednoznaczny.⁷⁻¹⁰

RYZIKO PONOWNEJ HOSPITALIZACJI

Do kryteriów wypisu noworodka ze szpitala należą stabilny stan ogólny dziecka, umiejętności rodziny oraz gotowość zapewnienia noworodkowi opieki w domu, możliwości uzyskania wsparcia ze strony służb socjalnych oraz dostęp do systemu opieki zdrowotnej i jej zasobów. Nieodpowiednia ocena przeprowadzona w którymkolwiek z tych obszarów przez pracowników opieki zdrowotnej może narazić noworodka na różne zagrożenia i doprowadzić do powtórnej hospitalizacji. W kilku dużych badaniach epidemiologicznych do oceny adekwatności czasu pobytu noworodka w szpitalu wykorzystano wskaźnik powtórnej hospitalizacji. W tych pracach odnotowano szeroki zakres zmian we wskaźnikach powtórnej hospitalizacji po wczesnym wypisie noworodka do domu, od braku zwiększenia do zwiększenia znacznego stopnia.^{7,11-14} Różnice w definiowaniu wczesnego wypisu ze szpitala, opieki po wypisie oraz wsparcia, a także czasu ponownej hospitalizacji utrudniają porównywanie wyników. W niektórych badaniach oceniono także czynniki ryzyka powtórnej hospitalizacji w celu identyfikacji noworodków, w przypadku których korzystne mogłoby być albo wydłużenie pobytu na oddziale, albo baczniejsza obserwacja po wypisie. We wspomnianych badaniach stwierdzono, że najczęstszym powodem powtórnego przyjęcia noworodka do szpitala była żółtaczka, odwodnienie oraz trudności w karmieniu.^{14,15} Innymi często wymienianymi czynnikami ryzyka powtórnej hospitalizacji była rasa żółta, pierwszy poród, współistniejące choroby matki, skrócony wiek ciąży lub mniejsza masa urodzeniowa, poród kleszczowy, płęć męska oraz mała masa ciała w stosunku do wieku ciążowego.^{11,13-16} Ważnymi czynnikami zmniejszającymi wskaźniki ponownej hospitalizacji była ścisła obserwacja dziecka po urodzeniu oraz lepsza koordynacja opieki nad noworodkiem po wypisaniu ze szpitala.^{11,15}

GOTOWOŚĆ NOWORODKA DO WYPISU ZE SZPITALA

Gotowość zdrowego donoszonego noworodka do wypisania ze szpitala tradycyjnie określają pediatrzy po przeprowadzeniu oceny zdolności matki oraz członków rodziny dziecka do sprawowania nad nim opieki w domu. Postrzeganie gotowości lub jej braku w momencie wypisu noworodka ze szpitala często jednak różni się między pediatrami, położnicami i matkami.¹⁷ Czynnikiem wiążącym się z brakiem gotowości noworodka do opuszczenia szpitala jest pierwsze żywe urodzenie, przewlekła choroba

matki w wywiadzie lub zachorowanie matki po porodzie, choroba noworodka w szpitalu, chęć karmienia noworodka piersią, nieodpowiednia opieka prenatalna lub słabe wsparcie służb socjalnych udzielone matce, a także rasa czarna niełatynoska.^{12,17} Wprawdzie obecnie nie ma jeszcze dostępnego swoistego narzędzia klinicznego służącego do oceny gotowości matek oraz ich rodzin do wypisu noworodka ze szpitala, pakiet narzędzi American Academy of Pediatrics Safe and Healthy Beginnings zawiera spis cech określających gotowość noworodka do wypisu do domu, który może pomóc lekarzom w jego przygotowaniu. Omawiane narzędzie przetestowano w 22 zespołach praktyki klinicznej podczas realizacji projektu mającego na celu ulepszenie pakietu Safe and Healthy Beginnings. Skupiono się w nim na ryzyku wystąpienia ciężkiej hiperbilirubinemii, wspomaganie karmienia piersią oraz koordynacji opieki nad noworodkiem w celu jej poprawienia.¹⁸ Oprócz tego należy zrobić wszystko, aby noworodki przebywały z matkami i propagować jednoczesne wypisy matki i dziecka ze szpitala. Aby zrealizować te cele, decyzję o wypisaniu noworodka do domu powinien podjąć pediatra po zasięgnięciu opinii matki, wspólnie z położnicą oraz innymi pracownikami ochrony zdrowia, również personelem pielęgniarskim i pracownikami socjalnymi, którzy uczestniczą w sprawowaniu opieki nad matką i jej dzieckiem.

Zalecenia

Długość pobytu zdrowego donoszonego noworodka na oddziale należy uzależnić od jedynych w swoim rodzaju cech charakteryzujących każdą parę matka-noworodek, w tym zdrowia matki, zdrowia i stabilności stanu noworodka, umiejętności matki oraz pewności, że będzie umiała opiekować się swoim dzieckiem, adekwatności systemów wsparcia w domu oraz dostępu do odpowiedniej opieki po wypisie. Zanim podejmie się decyzję o wypisaniu noworodka ze szpitala, należy wysłuchać opinii matki oraz położnika, a także personelu pielęgniarskiego i uczynić wszystko, aby noworodek przebywał z matką, a także propagować jednoczesny ich wypis ze szpitala do domu. Zaleca się, aby przed wypisaniem do domu noworodka donoszonego, czyli urodzonego między pełnym 37 a 41 tygodniem ciąży, spełnione były przynajmniej poniższe kryteria.

1. Przebieg kliniczny po urodzeniu oraz badanie przedmiotowe przed wypisem nie ujawniły nieprawidłowości wymagających przedłużenia hospitalizacji.
2. Udokumentowano, że parametry życiowe noworodka mieszczą się w zakresie wartości prawidłowych, ich fizjologiczne wahania są adekwatne do wieku oraz w ciągu 12 godzin poprzedzających wypis parametry te były stabilne. Liczba oddechów nie przekracza 60 na minutę i nie występują żadne objawy zaburzeń oddychania, częstość akcji serca waha się od 100 do

- 160 uderzeń na minutę, a ciepłota ciała mierzona pod pachą wynosi od 36,5-37,4°C, przy prawidłowo przeprowadzonym pomiarze, w odśloniętym łóżeczku, u dziecka odpowiednio ubranego.¹⁹⁻²¹
3. Noworodek regularnie oddaje mocz oraz wydalil samodzielnie przynajmniej jeden stolec.
 4. Noworodek odbyl pomyślnie przynajmniej 2 kolejne karmienia oraz przeprowadzono u niego ocenę weryfikującą zdolność koordynacji ssania, polykania i oddychania podczas karmienia.
 5. U noworodka nie stwierdza się istotnego krwawienia z rany po obrzezaniu.
 6. Oceniono klinicznie ryzyko wystąpienia hiperbilirubinemii i opracowano odpowiednie plany postępowania lub kontroli zgodne z wytycznymi praktyki klinicznej dotyczącymi postępowania w hiperbilirubinemii, opracowanymi przez American Academy of Pediatrics.²
 7. Noworodka poddano odpowiedniej ocenie oraz monitorowaniu pod kątem posocznicy na podstawie matczynek czynników ryzyka oraz zgodnie z bieżącymi wytycznymi zapobiegania okołoporodowemu zakażeniu paciorkowcem grupy B.²²
 8. Są dostępne i zostały przeanalizowane wyniki badań przesiewowych oraz badań krwi matki, w tym:
 - badania w kierunku kiły oraz obecności antygeny powierzchniowego wirusa zapalenia wątroby typu B,
 - badania przesiewowe, w tym test w kierunku zakażenia HIV wykonany zgodnie z przepisami.
 9. Są dostępne i zostały zanalizowane wyniki badań krwi noworodka, w tym badania grupy krwi pobranej bezpośrednio od noworodka lub krwi pępowinowej oraz bezpośredniego testu Coombsa, zależnie od wskazań klinicznych.²
 10. Zaszczepiono noworodka pierwszą dawką szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B zgodnie z aktualnym kalendarzem szczepień.²³
 11. Przeprowadzono u noworodka badanie przesiewowe sluchu i w kierunku chorób metabolicznych zgodnie z protokołem szpitalnym oraz przepisami.
 12. Oceniono kompetencje matki noworodka pod kątem jej wiedzy, umiejętności oraz pewności w odniesieniu do sprawowania prawidłowej opieki nad dzieckiem, analizując:
 - sposób karmienia naturalnego lub butelką (matkę, która karmi piersią oraz jej dziecko powinien ocenić przeszkolony personel, zwracając uwagę na pozycję dziecka podczas karmienia, chwytanie piersi oraz właściwe polykanie),²⁴
 - znaczenie oraz korzyści płynące z karmienia naturalnego dla matki i noworodka,
 - właściwą częstość oddawania moczu i stolca przez noworodka,
 - pielęgnację skóry, narządów płciowych oraz kikutu pępowiny, a także rany po obrzezaniu u noworodka,
 - zdolność spostrzegania objawów choroby oraz zwyczajnych problemów wieku noworodkowego, zwłaszcza żółtaczki,
 - bezpieczeństwo noworodka (w tym korzystanie z odpowiednich fotelików samochodowych, układanie noworodka do snu w pozycji na wznak, zachowanie środowiska dziecka wolnego od dymu tytoniowego oraz przebywanie razem z dzieckiem w pomieszczeniu).²⁴⁻²⁶
 13. Oceniono rodzinne, środowiskowe i społeczne czynniki ryzyka oraz przeszkolono matkę i członków jej rodziny w zakresie bezpieczeństwa dziecka w środowisku domowym. Jeśli stwierdza się występowanie czynników ryzyka, należy opóźnić wypis noworodka ze szpitala do momentu rozwiązania stwierdzonych problemów lub wdrożenia planu zapewnienia bezpieczeństwa dziecku. Plan ów może obejmować omówienie zaistniałych problemów ze służbami socjalnymi lub agencjami stanowymi, takimi jak służby czuwające nad bezpieczeństwem dzieci. Do wspomnianych czynników ryzyka zalicza się (nie jest to lista wyczerpująca):
 - nieleczone nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców lub dodatni wynik badania toksykologicznego moczu u matki lub noworodka,
 - stwierdzone w wywiadzie maltretowanie lub zaniebdywanie dziecka,
 - występowanie choroby psychicznej u rodzica przebywającego w domu noworodka,
 - brak wsparcia socjalnego, zwłaszcza dla samotnej matki, która urodziła pierwsze dziecko,
 - zamieszkiwanie matki w schronisku dla bezdomnych, domu samotnej matki lub na ulicy,
 - występowanie przemocy domowej w wywiadzie, zwłaszcza w okresie ostatniej ciąży,
 - występowanie choroby zakaźnej u rodzica lub innych członków rodziny wspólnie zamieszkujących,²⁷
 - nastoletni wiek matki, szczególnie wtedy, gdy dodatkowo występuje jeden z wyżej wymienionych czynników.
 14. Zidentyfikowano lekarza rodzinnego, który zapewni stałą opiekę medyczną nad noworodkiem oraz wdrożono plan przekazywania mu w porę istotnych informacji klinicznych. W przypadku noworodków wypisanych ze szpitala przed upływem 48 godzin od urodzenia należy umówić wizytę kontrolną w celu zbadania noworodka przez fachowego pracownika opieki zdrowotnej, najlepiej w ciągu 48 godzin od wypisu, zależnie od występujących czynników ryzyka, ale w większości przypadków nie później niż 72 godziny po wypisaniu do domu.^{10,11,15,28,29} Jeśli nie można takiej wizyty zapewnić, wypis należy odroczyć do czasu określenia sposobu przeprowadzenia kontrolnej oceny noworodka. Wizyta kontrolna może się odbyć w domu lub w gabinecie lekarskim pod warunkiem, że pracownik opieki zdrowotnej badający noworodka

posiada kompetencje w zakresie oceny neonatologicznej, a wyniki wizyty kontrolnej trafiają do lekarza, pod którego opieką ma pozostawać dziecko, lub osoby do tego celu wyznaczonej na dzień wizyty kontrolnej.

15. Przeanalizowano bariery uniemożliwiające prowadzenie właściwej obserwacji noworodka oraz wizyt kontrolnych, w tym brak możliwości dojazdu do placówki opieki zdrowotnej, brak łatwego dostępu do łączności telefonicznej, rodzice mówiący tylko w obcym języku, a także wtedy, gdy – jeśli to możliwe – zapewniono pomoc rodzinie w poczynieniu stosownych przygotowań, aby sprostać omawianym problemom. Celem wizyty kontrolnej jest:
 - zważenie noworodka, ocena jego ogólnego stanu zdrowia, nawodnienia, nasilenia żółtaczki, identyfikacja nowych problemów zdrowotnych, sprawdzenie techniki oraz stosowanych schematów karmienia noworodka, a także uzyskanie informacji z wywiadu na temat prawidłowości rytmu oddawania moczu i wypróżnień,
 - ocena jakości więzi matka-noworodek oraz szczegółów dotyczących zachowań dziecka,
 - poprawa edukacji matki oraz rodziny noworodka w aspekcie sprawowania opieki nad nim, zwłaszcza w odniesieniu do problemu żywienia, oraz zapewnienia bezpieczeństwa, w tym karmienia piersią, usypiania oraz używania fotelików samochodowych,
 - przegląd wyników wcześniejszych badań, w tym noworodkowych przesiewowych testów metabolicznych wykonywanych przed wypisaniem ze szpitala,
 - przeprowadzenie testów przesiewowych zgodnie z przepisami oraz innych testów ze wskazań klinicznych, takich jak oznaczanie stężenia bilirubiny,
 - weryfikacja planu prowadzenia opieki zdrowotnej nad noworodkiem, w tym sposobów uzyskiwania pomocy medycznej w sytuacjach nagłych, działań profilaktycznych oraz szczepień ochronnych, okresowej oceny stanu zdrowia, przeprowadzania badania przedmiotowego oraz koniecznych badań przesiewowych,
 - ocena stanu zdrowia rodziców, w tym w kierunku depresji poporodowej u matki.
16. Opiekę położniczą, pielęgnację noworodka oraz wizyty kontrolne należy traktować jako odrębne czynności, które wymagają refundacji poniesionych kosztów w formie oddzielnych pakietów, a nie w ramach jednej gratyfikacji za całość usług medycznych związanych z porodem i zaopatrzeniem noworodka po urodzeniu.

Podsumowanie

W celu ustalenia optymalnego czasu wypisania noworodka ze szpitala każdą parę matka-noworodek należy oceniać indywidualnie. Decyzję o wypisaniu powinien podjąć lekarz opiekujący się noworodkiem i powinna ona być oparta na przedstawionych wyżej zaleceniach. W lokalnych warunkach

najlepiej wprowadzać je w życie przy udziale wszystkich wymienionych w nich stron. W placówkach opieki zdrowotnej, we współpracy z odpowiednimi agencjami lokalnymi oraz ubezpieczeniowymi, wykorzystując niniejsze zalecenia, należy opracować wytyczne mające na celu stworzenie programów określających czas pobytu noworodka na oddziale oraz harmonogram wizyt kontrolnych zdrowych donoszonych noworodków.

KOMISJA DS. PŁODÓW I NOWORODKÓW, 2008-2009

Ann R. Stark, MD, przewodnicząca

David H. Adamkin, MD

Jill E. Baley, MD

Vinod K. Bhutani, MD

Waldemar A. Carlo, MD

*Praveen Kumar, MD

Richard A. Polin, MD

Rosemarie C. Tan, MD

Kristi L. Watterberg, MD

WSPÓŁPRACA

CAPT Wanda D. Barfield, MD – Centers for Disease Control and Prevention

Ann L. Jefferies, MD – Canadian Paediatric Society

Sarah Kilpatrick, MD – American College of Obstetrics and Gynecology

Tonse N. K. Raju, MD – National Institutes of Health

Carol Wallman, MSN, RNC, NNP – National Association of Neonatal Nurses and Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses

Kasper S. Wang, MD – AAP Section on Surgery

PRACOWNIK

Jim Couto, MA

*Główny autor

Artykuł ukazał się oryginalnie w *Pediatrics*, Vol. 125, No. 2, February 2010, p. 405: Policy statement – Hospital stay for healthy term newborns, wydawanym przez American Academy of Pediatrics (AAP). Polska wersja publikowana przez *Medical Tribune Polska*. AAP i *Medical Tribune Polska* nie ponoszą odpowiedzialności za nieścisłości lub błędy w treści artykułu, w tym wynikające z tłumaczenia z angielskiego na polski. Ponadto AAP i *Medical Tribune Polska* nie popierają stosowania ani nie ręcą (bezpośrednio lub pośrednio) za jakość ani skuteczność jakichkolwiek produktów lub usług zawartych w publikowanych materiałach reklamowych. Reklamodawca nie ma wpływu na treść publikowanego artykułu.

Piśmiennictwo

- Desmond MM, Rudolph AJ, Phitaksphraiwan P. The transitional care nursery: a mechanism for preventive medicine in the newborn. *Pediatr Clin North Am.* 1966;13(3):651–668
- American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation [published correction appears in *Pediatrics*. 2004;114(4):1138]. *Pediatrics*. 2004;114(1):297–316
- Gentile R, Stevenson G, Dooley T, Franklin D, Kawabori I, Pearlman A. Pulsed Doppler echocardiographic determination of time of ductal closure in normal newborn infants. *J Pediatr.* 1981;98(3):443–448
- Lambert EC, Canent RV, Hohn AR. Congenital cardiac anomalies in the newborn: a review of conditions causing death or severe distress in the first month of life. *Pediatrics.* 1966;37(2):343–351
- Lister J, Irving IM, eds. *Neonatal Surgery*. 3rd ed. London, England: Butterworths; 1990
- Jackson GL, Kennedy KA, Sendelbach DM, et al. Problem identification in apparently well neonates: implications for early discharge. *Clin Pediatr (Phila)*. 2000;39(10):581–590
- Datar A, Sood N. Impact of postpartum hospital-stay legislation on newborn length of stay, readmission, and mortality in California. *Pediatrics.* 2006;118(1):63–72
- Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects of a law against early postpartum discharge on newborn follow-up, adverse events, and HMO expenditures. *N Engl J Med.* 2002;347(25):2031–2038
- Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Length-of-stay policies and ascertainment of postdischarge problems in newborns. *Pediatrics.* 2004;113(1 pt 1):42–49
- Meara E, Kotagal UR, Atherton HD, Lieu TA. Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics.* 2004;113(6):1619–1627
- Kotagal UR, Atherton HD, Eshett R, Schoettker PJ, Perlstein PH. Safety of early discharge for Medicaid newborns. *JAMA.* 1999;282(12):1150–1156
- Watt S, Sword W, Krueger P. Longer postpartum hospitalization options: who stays, who leaves, what changes? *BMC Pregnancy Childbirth.* 2005;5:13–23
- Grupp-Phelan J, Taylor JA, Liu LL, Davis RL. Early newborn hospital discharge and readmission for mild and severe jaundice. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153(12):1283–1288
- Paul IM, Lehman EB, Hollenbeak CS, Maisels MJ. Preventable newborn readmissions since passage of the Newborns' and Mothers' Health Protection Act. *Pediatrics.* 2006;118(6):2349–2358
- Escobar GJ, Greene JD, Hulac P, et al. Rehospitalization after birth hospitalization: patterns among infants of all gestations. *Arch Dis Child.* 2005;90(2):125–131
- Danielsen B, Castles AG, Damberg CL, Gould JB. Newborn discharge timing and readmissions: California, 1992–1995. *Pediatrics.* 2000;106(1 pt 1):31–39
- Bernstein HH, Spino C, Finch S, et al. Decision-making for postpartum discharge of 4300 mothers and their healthy infants: the Life Around Newborn Discharge study. *Pediatrics.* 2007;120(2). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/2/e391
- Safe and Healthy Beginnings. A resource toolkit for hospitals and physicians' offices. Available at: www.aap.org/qualityimprovement/quinn/SHB.html. Accessed September 28, 2009
- MacDonald MG, Seshia MMK, Mullett MD, eds. *Avery's Neonatology*. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005
- Custer JW, Rau RE, eds. *The Harriet Lane Handbook*. 18th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2008
- Mayfield SR, Bhatia J, Nakamura KT, Rios GR, Bell EF. Temperature measurement in term and preterm neonates. *J Pediatr.* 1984;104(2):271–275
- Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: revised guidelines from CDC. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(RR-11):1–22
- Centers for Disease Control and Prevention. Recommended immunization schedule for persons aged 0 through 6 years: United States—2009. Available at: www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/downloads/child/2009/090-6yrsschedulepr.pdf. Accessed September 28, 2009
- Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008

25. American Academy of Pediatrics, Committee on Injury and Poison Prevention. Safe transportation of newborns at hospital discharge. *Pediatrics*. 1999;104(4 pt 1):986–987
26. American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005;116(5):1245–1255
27. American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 6th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2007
28. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics*. 2001;108(3):719–727
29. Nelson VR. The effect of newborn early discharge follow-up program on pediatric urgent care utilization. *J Pediatr Health Care*. 1999;13(2):58–61

Komentarz



Prof. dr hab. n. med. Ryszard Lauterbach,
Klinika Neonatologii CM UJ w Krakowie

Pierwsze godziny i dni po urodzeniu są niezwykle ważnym etapem w rozwoju człowieka, ponieważ w tym czasie następuje gwałtowna zmiana warunków środowiskowych i dziecko zamiast kontynuować tryb życia „na koszt mamy” uruchamia nieaktywne do tej pory narządy i układy, aby zaadaptować się do nowej sytuacji. Wtedy też pogłębiają się i umacniają więzi przede wszystkim z matką, ale także z pozostałymi członkami rodziny. Okres pierwszych dni po urodzeniu może być decydujący dla procesu karmienia dziecka, bowiem odpowiednio intensywne bodźce w postaci odruchu ssania piersi przez noworodka uruchamiają wytwarzanie i napływ pokarmu naturalnego. W tym czasie mogą się też ujawnić pewne nieprawidłowości w budowie anatomicznej ważnych narządów bądź też objawy uważane za fizjologiczne przekroczą granicę fizjologii. A zatem, szczególnie traktowanie i dziecka, i matki w tym okresie wydaje się oczywistym obowiązkiem zarówno położnika, jak i neonatologa.

Codzienna praktyka wskazuje jednak na nieco inne priorytety w tym zakresie i nie zawsze optymalny sposób postępowania. Do nagminnych zachowań należy skracanie pobytu matki na oddziale położniczym i niebranie pod uwagę stanu klinicznego dziecka. Próbuje się ten fakt tłumaczyć względami finansowymi, nie analizuje możliwych istotnych strat, które trudno od razu przeliczyć na gotówkę. Autorzy artykułu przedstawiają idealny schemat postępowania w sytuacji planowania wypisu dziecka i matki do domu po przebytych porodzie. Biorą pod uwagę nie tylko stan zdrowia dziecka i matki, ale także możliwości zapewnienia przez nią

właściwej opieki nad dzieckiem w domu. Co prawda nie wszystkie opracowania naukowe wykazują przy takim postępowaniu zmniejszenie liczby ponownych przyjęć do szpitala, ale część z nich wyraźnie wskazuje na redukcję takich sytuacji. A przecież każda hospitalizacja to wydatkowanie kolejnych pieniędzy na leczenie małego obywatela, którego można było obserwować trochę dłużej na oddziale noworodkowym i często zapobiec patologii wymuszającej ponowną hospitalizację.

Przedstawione w artykule zagadnienia, które należy brać pod uwagę przy wypisie noworodka, są na ogół dobrze znane neonatologom w naszym kraju. Na większości oddziałów noworodkowych realizuje się wszystkie wymienione w artykule wytyczne w tym zakresie. Pozostaje zatem osiągnięcie konsensusu we współdziałaniu z położniczkami.

Większym problemem wydaje się możliwość zapewnienia właściwej opieki specjalistycznej po wypisie noworodka do domu. Chociaż poziom wykształcenia położnych środowiskowych wyraźnie wzrósł w ciągu ostatnich kilku lat, to jednak nadal brakuje specjalistów w zakresie karmienia piersią, czyli doradców laktacyjnych, a prawdziwym rarytasem są konsultujący dziecko w okresie noworodkowym specjaliści w zakresie logopedii czy neurologopedii. Brakuje funduszy na tworzenie poradni laktacyjnych, chociaż zapotrzebowanie na usługi medyczne w tym zakresie jest olbrzymie. Trudno przekonać odpowiednich decydentów o tym, że prawidłowo uruchomiony proces laktacji to nie tylko zdrowie i lepszy rozwój dziecka, ale także znaczne oszczędności zarówno finansowe, jak i czasowe w codziennym życiu rodziny.