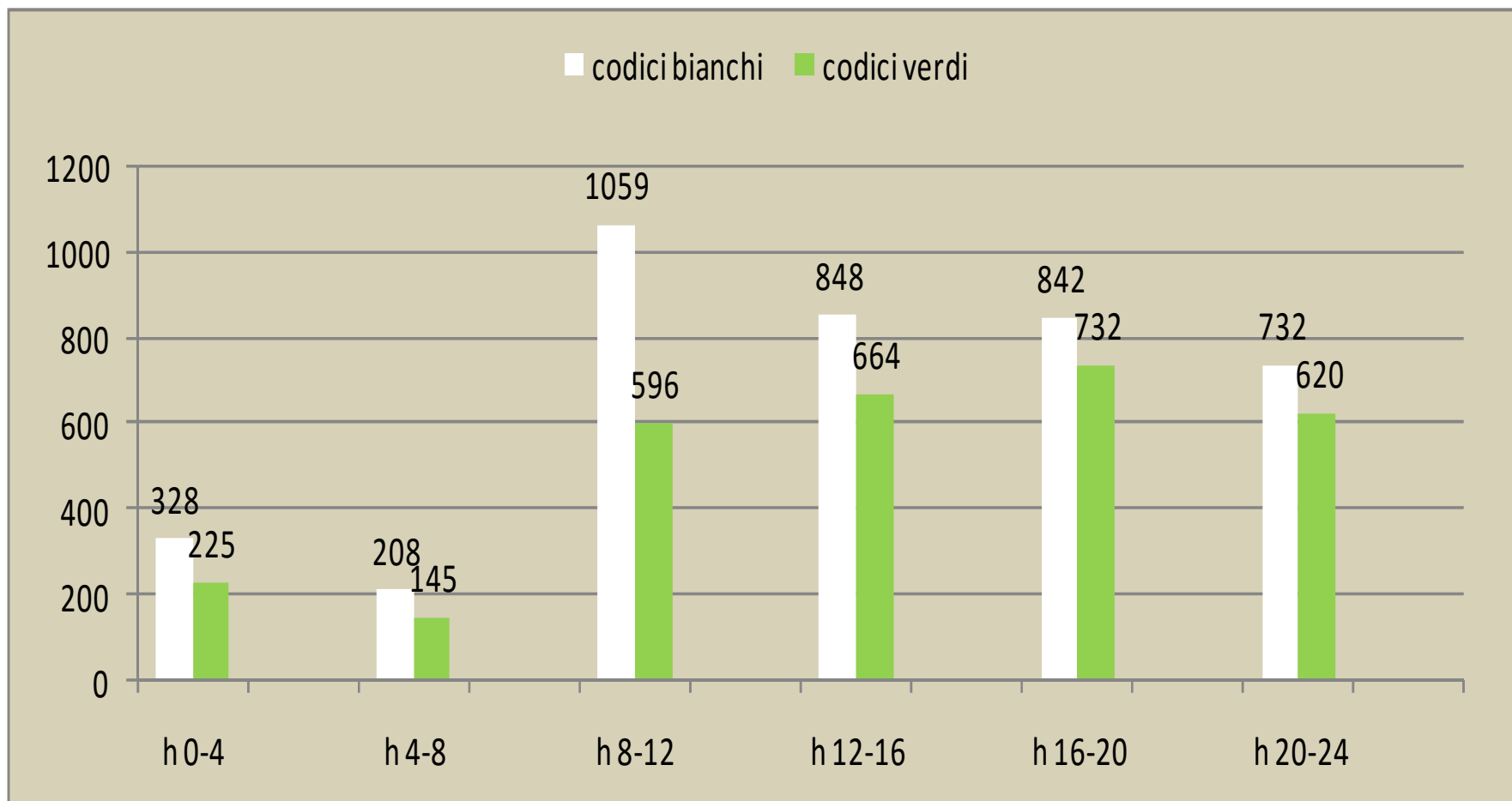




# ACCESSI NEI GIORNI FESTIVI DEI CODICI B/V PER FASCIA ORARIA



## COSA CI PUO' CAPITARE A DOMICILIO DEL BAMBINO ?

### Possibili esordi di situazioni critiche

- Forma severa di una malattia comune (gastroenterite, broncospasmo...)
- Primi sintomi e segni aspecifici di una malattia grave (encefalite, bronchiolite...)
- Bambino compromesso a causa di una malattia la cui diagnosi o la cui gravità non è al momento evidente
- Presenza di una malattia cronica con fase acuta di scompenso (diabete, asma, miopatia...)



# Parametri vitali



	FC veglia	FC sonno	FR	PA sistolica	PA diastolica
Neonato	100-180	80-160	40-60	60-90	20-60
Lattante (1 m - 12 m)	100-160	75-160	30-60	87-105	53-66
1° infanzia (1 a - 2 a)	80-110	60-90	24-40	95-105	53-66
2° infanzia (2 a - 5 a)	70-110	60-90	22-34	96-110	55-69
Età scolare (5 a - 10 a)	65-110	60-90	18-30	97-112	57-71
Adolescenza (15 anni)	60-90	50-90	12-16	112-128	66-80





Un ospedale  
a misura  
di Bambino

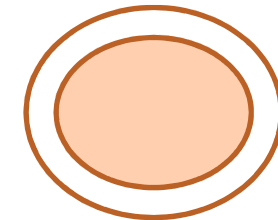
# DISTRESS RESPIRATORIO:

- FREQUENZA RESPIRATORIA
- ALITAMENTO DELLE PINNE NASALI,
  - RIENTRAMENTI  
(AL GIUGULO, INTERCOSTALI,  
SOTTOCOSTALI EPIGASTRICI)
- SINCRONIA ED ASINCRONIA  
DELLE ESCURSIONI DELLA PARETE TORACICA  
RISPETTO ALLA PARETE ADDOMINALE.
- PULSIOSSIMETRIA PERCUTANEA.

# DIFFERENZE ANATOMICHE FRA ADULTO E BAMBINO

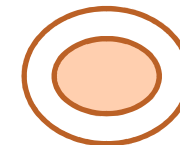
Diametro bronchi principali adulto  
Spessore dello strato di secrezione di muco  
Riduzione del calibro del 24% nell'adulto

8mm  
1 mm



Diametro bronchi principali lattante  
Spessore dello strato di secrezione di muco  
Riduzione del calibro del 75% nel bambino

4 mm  
1 mm



# CAUSE FREQUENTI

- BRONCHIOLITE
- ASMA BRONCHIALE
- POLMONITE



# BRONCHIOLITE

- Più comune infezione acuta del tratto respiratorio inferiore tra 1 e 24 mesi.
- Causata da un'ostruzione infiammatoria delle piccole vie aeree bronchiali.
- Prevalentemente ad eziologia virale.
- Altamente contagiosa. (VRS)
- Stagionale, con picchi in inverno e primavera.
- Gli alveoli sono generalmente normali.

- I sintomi di esordio sono rappresentati da rinite, rinorrea, tosse e da rialzo febbrile, a volte modesto.
- Compaiono tachipnea, dispnea, rientramenti inspiratori, facile irritabilità, difficoltà ad alimentarsi, tosse (talvolta associata a vomito) e disidratazione.
- La temperatura corporea può essere normale od elevarsi sino a 40°C: l'entità della febbre non riflette in genere la gravità e l'estensione dell'infezione.
- I bambini con bronchiolite presentano respiro sibilante (wheezing).





EO (polipnea, rantoli fini diffusi, rientramenti, alitamento delle pinne nasali, pallore, cianosi, disidratazione)

Parametri vitali, saturimetro fisso, pulizia delle cavità nasali

Sa O<sub>2</sub> < 92% in aa

Sa O<sub>2</sub> > 92% in aa

Aerosol con L-adrenalina con mascherina con flusso di O<sub>2</sub> a 8 LPM

Somministrare O<sub>2</sub> sufficiente a mantenere SaO<sub>2</sub> > 95%

Aerosol con Salbutamolo tramite mascherina con flusso di O<sub>2</sub> a 8 LPM

Rivalutare EO e parametri vitali a 15 e 60 minuti dalla fine dell'aerosol

Rivalutare EO torace dopo 10-20 minuti dalla fine dell'aerosol

Se SaO<sub>2</sub> aumentata del 3%, ma resta < 95% con O<sub>2</sub> terapia ripetere aerosol con L-adrenalina

**Se il distress persiste, eventuale ricovero in Terapia Intensiva Neonatale**

Se miglioramento clinico continuare aerosol con Salbutamolo (stesso dosaggio) ogni 3-4 ore con graduale riduzione della frequenza

# CRITERI DI RICOVERO

- Età < 3 mesi
- Prematurità (< 34 settimane)
- Patologie croniche di base (cardiovascolari, polmonari, sistema nervoso)
- Distress respiratorio (FR > 70/min, SaO<sub>2</sub> < 92% in aa, pallore, stato letargico)
- Difficoltà all'alimentazione
- Età < 6 mesi e situazione sociale particolare che non garantisce un adeguato follow-up domiciliare




# BRONCHIOLITE E TERAPIA

Il trattamento primario è DI SUPPORTO:

- 1) idratazione parenterale
- 2) ossigenoterapia

Terapia FARMACOLOGICA:

- 1) **Beta 2 agonisti** a breve durata d'azione per via Aerosolica (Salbutamolo gtt).
  - 2) L'uso dello **Steroide** non è consigliato.
  - 3) Valutare la necessità di un **antibiotico** nel caso di una polmonite batterica sottostante.
  - 4) **L'Adrenalina** per via aerosolica può essere utilizzata nelle forme più gravi, con importante impegno respiratorio.
- 

# ASMA BRONCHIALE

*"Episodio caratterizzato da dispnea, tosse, respiro sibilante o senso di costrizione toracica o una combinazione di questi sintomi".*

EDEMA

IPERSECREZIONE BRONCHIALE

SPASMO DELLA MUSCOLATURA LISCIA



## ESORDIO: GRADUALE O IMPROVVISO

### ELEMENTI SCATENANTI:

- infezioni virali delle vie aeree;
- esposizione ad allergeni;
- esposizione ad irritanti o altri elementi fisici;
- sforzo fisico;
- stress emotivi.

*Non sempre il trigger dell'episodio in atto è identificabile.*



# PARAMETRI CLINICI

## INFORMAZIONI ANAMNESTICHE

- durata dei sintomi attuali
- gravità dei sintomi
- farmaci assunti dal paziente ed ora dell'ultima assunzione
- diagnosi di asma nota ed eventuale terapia di fondo
- fattori scatenanti
- presenza di elementi di rischio per asma grave (potenzialmente fatale)
- Presenza di tosse (secca insistente, assenza di sforzo)



# PARAMETRI CLINICI

## ESAME OBIETTIVO

- Coscienza (agitazione, sopore)
- Colorito (pallore, cianosi)
- Entità del distress respiratorio (rientramenti, uso dei muscoli accessori, esaurimento sforzo respiratorio)
- Capacità di alimentarsi o capacità di parola
- Auscultazione (fischi, riduzione del MV, scarso ingresso aereo)
- F.R. (tachipnea, bradipnea)
- F.C. (tachicardia, bradicardia)
- SO<sub>2</sub>%



# I FARMACI DI PRIMO LIVELLO

- B2-AGONISTI per via inalatoria a rapida insorgenza d'azione
  - Somministrati per via aerosolica o mediante bombolette pressurizzate con distanziatore  
(VENTOLIN e BRONCOVALEAS)  
2 gocce/3kg di peso ogni 20 minuti per 3 volte ( min 5 gocce - max 20 gocce )  
2 puffs ogni 10 kg di peso
  - (Somministrati per via ev quando non c'è risposta alla terapia aerosolica ad alte dosi o in continuo)  
(SALBUTAMOLO)





# I FARMACI DI PRIMO LIVELLO

## BRONCODILATATORI AGGIUNTIVI

### IPATROPIO BROMURO (ATEM):

Anticolinergico inalatorio ad azione broncodilatatrice più potente rispetto all'Atropina. Inizio dell'effetto 1-3 minuti dopo la somministrazione. Se associato a un B2-agonista nebulizzato migliora la broncodilatazione rispetto al singolo uso dei farmaci.

Effetti indesiderati: sonnolenza, aritmie, irritazione delle vie aeree, secchezza delle fauci, ritenzione urinaria.

#### DOSE:

AEROSOL: 125-250 mcg x 3 volte/die (10-20 gtt)

(Adulto: 20 gtt\ 2 puff x 3-4 die)

SPRAY: 20 mcg(1 spruzzo) x 3 volte/die

ATEM: sol. Per aerosol: fiale da 2 ml (1 ml=250 mcg)

Spray (1 spruzzo= 20 mcg)



# I FARMACI DI PRIMO LIVELLO

## ○ GLUCOCORTICOIDI SISTEMICI

- Preferire la via orale (meno invasiva, più economica);
- Ev per garantire accesso venoso e/o per assorbimento GE ridotto;
- Im dopo dimissione
- Impiegano almeno 4 h per produrre un miglioramento clinico
- Nel bambino il dosaggio indicato *nelle forme gravi è di PREDNISONE (deltacortene) 1 mg/Kg ogni 6 ore nelle prime 24 ore e 2 mg /Kg/die successivamente*
- Non vi sono dati conclusivi sulla durata del trattamento (circa 3gg)

## ○ GLUCOCORTICOIDI somministrati per via inalatoria

- per via inalatoria sono efficaci soprattutto in combinazione con altri farmaci per il tr delle riacutizzazioni asmatiche già in atto  
(es. associazione con salbutamolo)
- somministrati per via inalatoria possono essere efficaci come quelli somministrati per via orale nel prevenire le recidive (soprattutto nei pz intolleranti al prednisone per via orale)



# STEROIDI INALATORI

## BECLOMETASONE DIPROPIONATO

**CLENIL PRONTINAL**

sospensione da nebulizzare,  
flac.ni monodose 2 ml (1ml=400 microgr)

## BUDESONIDE

**PULMAXAN SPIROCORT**

sospensione da nebulizzare,  
flac.ni 2 ml 0,25 mg/ml e 0,50 mg/ml

**SPIROCORT TURBOHALER 200 - 400 mcg/dose**

**AIRCORT**

Spray



# STEROIDI INALATORI

## FLUNISOLIDE

### LUNIBRON

gtt (PESO in KG\2 per 2 volte\die)

### FORBEST

contenitore monodose (0,5-1 mg/ml)

0,5/1 ml due volte al giorno.

Non somministrare ai bambini al di sotto di quattro anni di età.



# STEROIDI INALATORI

## FLUTICASONE PROPIONATO

### FLUSPIRAL

SPRAY 50-125-250 mcg:

(bambino 0-4 aa) 100 mcg x 2 \ die

(bambino > 4 aa) : 50 mcg x 2 \ die

SOSP DA NEBULIZZARE

fialoidi 2 ml 500 mcg

(bambino > 4 aa): 250 mcg (1 \ 2 fialoidi x 2 al die)



## STEROIDI SISTEMICI

### BETAMETASONE

os: 0,1-0,2 mg/kg die  
im, ev: fino ad un max di 4 mg

**BENTELAN** cpr effervescente  
0,5- 1 mg      fiale 2 ml 1,5



# I TRATTAMENTI NON RACCOMANDATI

## ○ MUCOLITICI

- Possono peggiorare la tosse e l'ostruzione del flusso aereo

## ○ SEDATIVI

- Da evitare perchè gli ansiolitici e gli ipnotici deprimono il centro del respiro

## ○ ANTISTAMINICI

## ○ (ANTIBIOTICI)

- Solo se sono presenti segni di polmonite o febbre ed espettorato purulento



# TRATTAMENTO A DOMICILIO

- o Salbutamolo (*Broncovaleas*) : 2 gtt ogni 3 Kg di peso
- o STEROIDE INALATORIO o SISTEMICO

VENTOLIN

2 puff ogni 10 Kg peso con distanziatore





# POLMONITE

## EZIOLOGIA

- Periodo neonatale: Streptococco B e D  
Stafilococco  
Listeria  
Chlamydia T.
- Dopo il primo mese: Pneumococco (<5aa)  
Chlamydia P.  
Mycoplasma P. (>5aa)  
VRS (<1aa) .



# POLMONITE

- CRITERI PREDITTIVI OMS:
  - Cianosi
  - Difficoltà alimentari
  - Retrazioni respiratorie
  - Wheezing
  - Aumento della FR
- NEL NEONATO: sintomatologia subdola, non c'è tosse, può non esserci febbre, prevalgono segni generali (inappetenza, torpore, sonnolenza)
- FORME VIRALI: inizio graduale.
- FORME BATTERICHE: inizio acuto.
- MYCOPLASMA: scarso interessamento generale, febbre non elevata, tosse secca modesta, poi produttiva (può restare persistente per settimane).



# POLMONITE

## DOSAGGI

- Amoxicillina: 75-100 mg/kg in 3 dosi per 7 gg
- Amoxi + Clavulanico 90 mg/kg/die in 3 dosi
- Ceftriaxone 100mg/kg/die ev in unica dose  
(Rocefin- Fidato)
- Cefotaxime 75-300 mg/kg/die in 4 dosi ev  
(Glazidim)
- Eritromicina 50 mg/kg/die in 3 dosi
- Claritromicina 15 mg/kg/die in 2 dosi



# POLMONITE

➤ LA MANCATA RISPOSTA NEL GIRO DI 24-36 ORE PUÒ ESSERE INDICATIVA DI :

➤ Infezione virale

➤ Infezione da *Mycoplasma*

➤ Infezione da altro germe resistente

➤ Complicanza suppurativa

**L'RX ( eco ) IN QUESTO CASO È DI  
NOTEVOLE AUSILIO**



# OTALGIA

## Otite media acuta

FLOGOSI DELL'ORECCHIO MEDIO,  
QUASI SEMPRE SINTOMATICA, IN  
GENERALE DI TIPO PURULENTO.

**BATTERI PIÙ FREQUENTEMENTE RESPONSABILI:**  
H. INFLUENZAE; ST. PNEUMONIAE; ST. PYOGENES;  
MORAXELLA CATARRHALIS.

# OTITE MEDIA ACUTA (OMA)

## ○ SINTOMI SISTEMICI:

- Febbre, Irritabilità, Rinite, Tosse, Vomito e/o diarrea

## ○ SINTOMI LOCALI:

- Ootalgia, Otorrea, Riduzione dell'udito, Tinniti, vertigini

## ○ PATOLOGIE CORRELATE:

- Otiti ricorrenti, Deficit immunitari, Sinusiti, Malattie del tratto respiratorio superiore



# OTITE MEDIA ACUTA (OMA)

## ESAME OBIETTIVO:

- Otomastoidite
- Posizione del padiglione auricolare
- Valutazione del solco retroauricolare
- Dolore alla pressione della regione mastoidea
- Arrossamento della regione retroauricolare
- Presenza di otorrea



# OTITE MEDIA ACUTA (OMA)

## OTOSCOPIA:

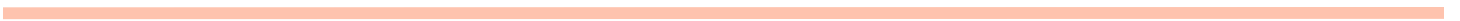
- Colore (iperemico o giallastro nell'OMA, bianco o rosato nell'OME)
- Posizione della MT (estroflessa OMA purulenta, retratta superiormente ed estroflessa inferiormente OMA catarrale o OME)
- Eventuale perforazione della MT





# ...ALL'OTOSCOPIO:





---

**LA DIAGNOSI DI OTITE MEDIA ACUTA  
DOVREBBE BASARSI SU:**

**ESORDIO ACUTO DEI SEGNI E SINTOMI**

**RILEVAZIONE ALL'OTOSCOPIA TRADIZIONALE  
DEI SEGNI DI INFIAMMAZIONE  
DELL'ORECCHIO MEDIO**

**RILEVAZIONE DELL'ESSUDATO TIMPANICO**

**IL NON UTILIZZO DELL'OTOSCOPIA  
SOVRASTIMA I CASI DI OMA**



# OTITE MEDIA ACUTA (OMA)

## TRATTAMENTO:

### VIGILE ATTESA:

Si utilizza nei bambini di età >1 anno che non presentino sintomi gravi o otorrea

- Pronta somministrazione di analgesici
- Non somministrazione di antibiotico per le prime 48-72 h dalla comparsa dei sintomi

### TERAPIA CON AMOXICILLINA

75 mg/kg/die in 3 somministrazioni al giorno per 5-7 gg.

Negli allergici alle penicilline, utilizzare Macrolidi.

Paracetamolo o Ibuprofene per il sollievo dei sintomi acuti.

Lavaggi nasali frequenti.

Antistaminici, Mucolitici, Decongestionanti, Gocce otologiche, non sono indicati, in quanto inefficaci e non privi di effetti collaterali.

# ...LA TOSSE...

Sintomo di uno stato infiammatorio  
o irritativo delle vie aeree.



ADENOIDITE  
FARINGOTONSILLITE  
BRONCHIOLITE  
POLMONITE  
BRONCHITE ASMATICA  
REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO  
LARINGITE IPOGLOTTICA

# LARINGITE IPOGLOTTICA

## ANAMNESI

L'anamnesi deve essere molto dettagliata per i seguenti aspetti:

- età
- precedenti episodi
- storia di intubazione laringea o malformismi
- durata episodio attuale
- terapia eseguita prima dell'arrivo in Pronto Soccorso

## ESAME OBIETTIVO

L'esame obiettivo deve essere particolarmente attento ai parametri di più importanti per la definizione di gravità, quali:

- entità dello stridore
- entità della cianosi
- ingresso aereo
- stato di coscienza



# POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE

- CORTISONICO INALATORIO:

Budesonide: 1-2 mg nebulizzazioni  
(max efficacia 1-2 ore)

- ADRENALINA: 1 FIALA \ 10 Kg (max 5 mg)

(max efficacia 15' - 30')

- CORTISONICO per OS/IM/E.V. :

Desametasone: 0.4 - 0.6 mg/kg/ (mo x 12 mg) (max  
efficacia 6-12 ore, durata 36 ore)



# FARINGOTONSILLITE: EZIOLOGIA

Virale (40-70%)	Batterica(30%)
Rhinovirus	S. Pyogenes
Coronavirus	N. Gonorrhoeae
Adenovirus	Corinebatteri
Herpes simplex	
Virus parainfluenzale	
Coxsackie virus	
Virus di Epstein-Barr	Clamidia
citomegalovirus	Mycoplasma



# FARINGOTONSILLITE. CLINICA

## SINTOMI SUGGERITIVI DI FT STREPTOCOCCICA

- Febbre
- Ipertrofia tonsillare e placche tonsillari
- Petecchie sul palato
- Essudato faringotonsillare
- Linfadenopatia cervicale dolorosa
- Rash scarlattiniforme
- Cefalea
- Nausea, vomito, addominalgia
- In caso di eziologia virale: assenza di febbre, congiuntivite, coriza, tosse o diarrea, anoressia

## COMPLICANZE

- Malattia reumatica
- Glomerulonefrite
- Corea di Sydenham
- Complicanze suppurative (ascessi, batteriemia, endocarditi)



# **FARINGITONSILLITE. CLINICA**

## **SCORE CLINICO DI MC ISAAC**

**TEMPERATURA > 38°C**

**ASSENZA DI TOSSE**

**ADENOPATIA DOLENTE  
LATEROCERVICALE ANTERIORE**

**TUMEFAZIONE O ESSUDATO TONSILLARE**

**ETÀ 3-14 ANNI**



# FARINGOTONSILLITE: TERAPIA

Iniziare la terapia antibiotica solo se l'infezione da *S.Pyogenes* è ragionevolmente certa.

- Amoxicillina al dosaggio di 50 mg/Kg/die in 3 somministrazioni al giorno (ogni 8 h) per 6 giorni
- Usare Macrolidi in pz con allergia alla penicillina
- Alla fine della terapia non richiedere alcun test di laboratorio per confermare l'eradicazione del piogene
- Ibuprofene o paracetamolo per sollievo dei sintomi.

# ...MAL DI PANCIA...

## **DIARREA:**

Aumento del numero delle scariche e/o del loro contenuto in acqua, secondaria prevalentemente a infezioni intestinate (virale ma anche batterica o protozoaria)

## **VOMITO:**

Emissione forzata del contenuto gastrico o duodenale attraverso la bocca

# ANAMNESI

- **Indagine epidemiologica**

eventuale contagio intra o extra familiare (asilo, scuola...)

- **Anamnesi**

*durata della diarrea,*

*definizione quantitativa e qualitativa delle scariche:*

- numero giornaliero
- quantità e consistenza
- colore
- contenuto in muco o sangue

*sintomi associati:*

- >> gastrointestinali (nausea, vomito, dolori addominali, anoressia)
- >> sistemici (febbre, dolore, compromissione del sensorio)

*diuresi nelle ultime 24 ore*

*alimentazione recente e introito di liquidi dall'esordio dei sintomi*

*peso corporeo più recente (in base al quale calcolare la percentuale di calo ponderale)*



# ESAME OBIETTIVO

## Valutare:

peso corporeo e condizioni generali

stato di idratazione

parametri vitali

obiettività addominale: trattabilità dell'addome, peristalsi, esclusione di segni di peritonismo

Il Peso corporeo attuale permette di calcolare la percentuale di calo ponderale (se noto e attendibile il dato precedente):

- **Disidratazione lieve:** calo ponderale  $\leq$  al 5% del peso corporeo
  - **Disidratazione moderata:** calo ponderale dal 6 al 10% del peso corporeo
  - **Disidratazione grave:** calo ponderale  $>$  al 10% del peso corporeo
- NB: Se il calo ponderale è avvenuto nel corso di alcuni giorni esso può essere dovuto in parte alla riduzione dell'apporto calorico

# DISIDRATAZIONE

## SEGNI CLINICI

### Lieve

Perdita di peso < 5%  
Bimbo assetato, vigile, agitato  
Sensorio integro  
Lieve aridità delle mucose  
Lacrime presenti  
Fontanella normotesa  
Refill < 2 sec  
Cute normoelastica  
Non infossamento oculare  
FC: regolare  
PA: nella norma  
Polso radiale regolare  
Diuresi conservata

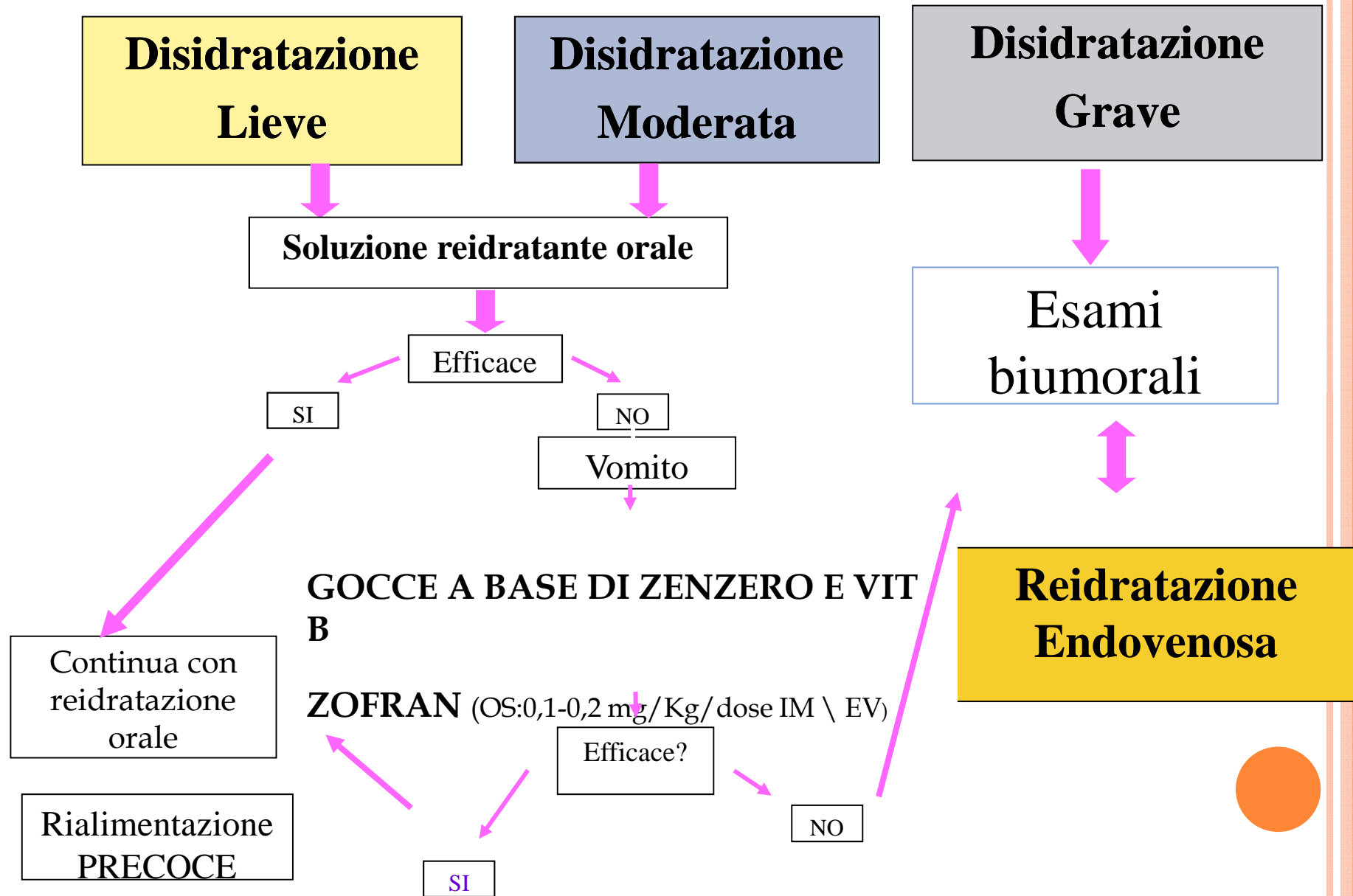
### Moderata

Perdita di peso 6-9%  
Bimbo assetato,  
irritabile o sonnolento  
Moderata aridità delle  
mucose  
Lacrime assenti  
Fontanella lievemente  
depressa  
Refill: aumentato  
Cute lievemente ipoelastica  
Lieve infossamento oculare  
Lieve tachicardia  
Ipotensione ortostatica  
Polso radiale rapido e flabile  
Diuresi: < 1 cc/kg/h

### Grave

Perdita di peso > 10%  
Bimbo sonnolento, debole,  
Letargia - coma  
Grave aridità delle mucose  
Lacrime assenti  
Fontanella depressa  
Refill: aumentato  
Cute ipoelastica, fredda,  
sudata  
Infossamento oculare  
Tachicardia  
Ipotensione generale  
Polso radiale rapido, flebile  
Diuresi: anuria (<< 1 cc/kg/h)

# TRATTAMENTO GASTROENTERITE





# SOLUZIONI ORALI

	Glucosio mmol/l	Na <sup>+</sup> mEq/l	K <sup>+</sup> mEq/l	Cl <sup>-</sup> mEq/l	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> mEq/l	Osmolarità mOsm/l	Calorie kca/l	Preparazione
<b>Soluzione ideale (ESPHGAN)</b>	74 - 111	60	20	25 - 60	10	200-250	52-80	
<b>Reidrax</b>	75	60	20	60	10	225	54	1 bust./ 500 ml H2O
<b>Dicodral 60</b>	90	60	20	37	14,3	221,3	66	1 bust./ 200 ml H2O
<b>Idravita</b>	88	60	20	50	10	230	80	1 bust./ 250 ml H2O
<b>Pre Reid Milte.</b>	74	50	20	40	10	200	78	1 bust. 2,5 gr/ 100 ml H2O

# MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DELLA ORS

Reidratazione lenta e graduale nell'arco di 4-6h;

se presenza di vomito in piccole aliquote:

5 ml (= 1 cucchiaino) ogni 2-3 min,  
poi 15-30 ml ogni 5-10 min se tollerate

- L'offerta "ad libitum" è in genere sufficiente ad assicurare un'adeguata idratazione nella maggioranza dei casi



# RIALIMENTAZIONE

## Modalità

1. Lattante alimentato al seno : Prosegue latte materno
2. Lattante alimentato con latte di formula (LA)  
Età > 3 mesi □ Prosegue LA utilizzato precedentemente, dopo un breve periodo di reidratazione per os  
Età ≤ 3 mesi : Idrolisato proteico in base ad anamnesi e clinica
3. Bambino > 1 anno : Riprendere dieta usuale secondo i consigli seguenti



# RIALIMENTAZIONE

## Alimenti consigliati

- *Latte:*

  - materno "ad libitum"

  - adattato + cereali (favorisce l'assorbimento del lattosio e incrementa l'apporto calorico)

  - privo di lattosio (in caso di grave disidratazione, malnutrizione, sintomatologia prolungata)

- *Carboidrati:* riso, patate, mela, banana

- *Proteine:* formaggio grana, carni magre

- *Fibre:* effetto cosmetico sulle feci ma diminuiscono i micronutrienti

## Alimenti sconsigliati

- *Grassi*

- *Cibi ricchi di zuccheri*

- *Diete ristrette ed esclusive*

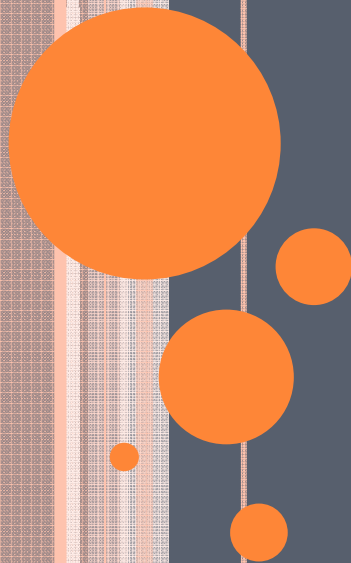


# VOMITO NEL LATTANTE

- "FISIOLOGICO"
- ALIMENTAZIONE
- INFEZIONI (otiti, infezioni delle vie urinarie, ...)
- VOMITO DA RGE
- VOMITO DA ALTRE PATOLOGIE GASTROINTESTINALI
- INTOLLERANZE ALIMENTARI



# DOLORE ADDOMINALE APPENDICITE



# ADDOME ACUTO - CAUSE CHIRURGICHE

- appendicite e diverticolite del Meckel
- peritonite
- invaginazione (80% in sede ileo-cecale, nel 1° anno)
- volvolo
- torsione dell'ovaio o del testicolo
- ernie strozzate





## APPENDICITE ACUTA

- dolore a livello della fossa iliaca dx (all'inizio anche periombelicale)
- febbre (in genere modesta)
- vomito
- alvo chiuso a feci e gas
- obiettività: accentuazione del dolore alla pressione e segno di Blumberg; positività del test dell'ileo-psoas
- **Laboratorio:** leucocitosi neutrofila
- **Ecografia** zona appendicolare
- **Rx addome:** livelli idro-aerei (Rx torace)

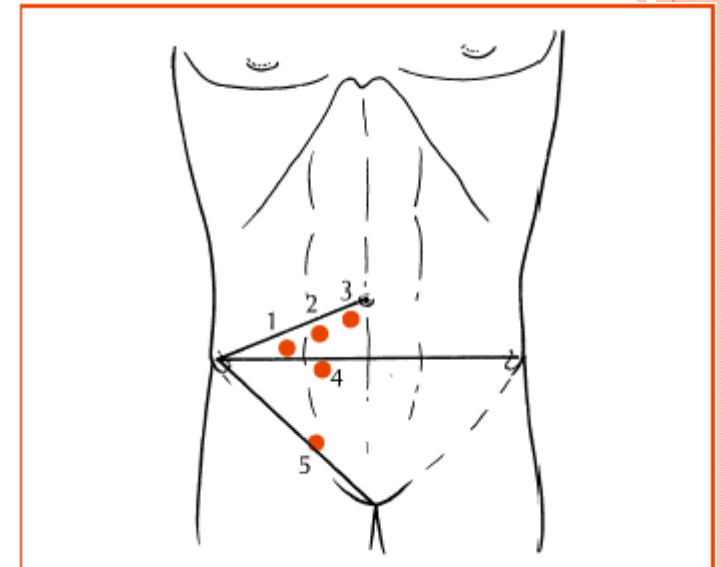




## OBIETTIVITA'

- ISPEZIONE → la distensione addominale indica perforazione o ostruzione
- AUSCULTAZIONE → inizialmente peristalsi normale o aumentata poi sempre meno valida
- PALPAZIONE → iperestesia diretta alla palpazione nel **punto di McBurney** e rigidità del muscolo retto sovrastante. **Segno di Rosving**: positivo se alla palpazione profonda in fossa iliaca sinistra evoca dolore a destra. Segno di Blumberg poco significativo nei bambini.
- PERCUSSIONE → delicata può essere più del Segno di Blumberg

Fig. 16.29. Punti dolorosi appendicolari: (1) p. di Mc Burney: un dito trasverso all'esterno della metà della linea tra spina iliaca ant.-sup. destra ed ombelico; (2) p. di Morris: a 4 cm dall'ombelico sulla spino-ombelicale destra; (3) p. di Munro: incrocio della parasternale con la spino-ombelicale destra; (4) p. di Lanz: unione del terzo laterale destro con il terzo medio della bisiliaca; (5) p. di Jalaguier: a metà della spino-pubica destra.



## DIAGNOSI

- ESAMI DI LABORATORIO:
  - Emocromo con formula → leucocitosi neutrofila
  - PCR → positiva
  - Esame urine → per escludere infezione delle vie urinarie
- ESAMI STRUMENTALI:
  - **Ecografia** → aumento di diametro dell'appendice, appendice non comprimibile e versamento periappendicolare

**IN CASO DI DISCORDANZA TRA CLINICA  
E ESAMI DI LABORATORIO O STRUMENTALI LA DIAGNOSI  
E' SEMPRE CLINICA**

# DOLORI ADDOMINALI RICORRENTI (DAR)

- **Definizione:** almeno tre distinti episodi dolorosi comparsi in un periodo minimo di tre mesi e che abbiano interferito sulle abituali attività del **bambino**
- **Frequenza:** 9-15 % della popolazione pediatrica
  - 1) ORIGINE FUNZIONALE O PSICOGENA (90 %)
  - 2) INFEZIONI DELLE VIE URINARIE
  - 3) STIPSI
  - 4) INFEZIONI E INFESTAZIONI INTESTINALI (elminti, giardia)
  - 5) ALTRE CAUSE GASTRO-ENTERICHE
  - 6) CAUSE EPATICHE (colecistiti, calcolosi) e PANCREATICHE (pancreatiti)
  - 7) CAUSE GENITALI: flogosi degli organi pelvici, cisti ovariche, ecc
  - 8) CAUSE METABOLICHE
  - 9) CAUSE EMATOLOGICHE: talassemie, drepanocitosi, leucemie, linfomi



# CELIACHIA

- Quadro classico (tipico dei primi 2 anni di vita)
  - DIARREA CON STEATORREA
  - DISTENSIONE ADDOMINALE
  - ARRESTO DELLA CRESCITA
  - STATO ASTENICO E IRRITABILE
- Quadro tardivo
  - PREVALENZA DI SINTOMI E SEGNI EXTRA-INTESTINALI (RITARDO DI ACCRESCIMENTO-SVILUPPO PUBERALE)
  - ANEMIA FERROPRIVA
  - IPERTANSAMINASEMIA ISOLATA- DERMATITE ERPETIFORME- DIFETTI DELLO SMALTO DENTARIO- DIABETE MELLITO, TIROIDITE, ALOPECIA.





...TRAUMA CRANICO...

# ANAMNESI

- Circostanza del trauma (ora, dinamica)
- Amnesia
- Sonnolenza - irritabilità-cambiamenti di comportamento
- Cefalea
- Vomito
- Convulsioni
- Anamnesi patologica remota di patologia neurologica o epilessia
- Anamnesi per altre patologie (in particolare **coagulopatie**) e assunzione di farmaci

## 1. DINAMICA BANALE

- caduta senza dislivello o altezza  $< 1$  m.
- urto contro superficie elastica o ammortizzante

## 2. DINAMICA MEDIA

- caduta da altezza  $> 1$  m.  $< 2$  m. e/o contro superficie dura e/o irregolare.
- caduta da una scala 3-4 gradini
- urto in corsa o contro oggetto in movimento urto contro superficie dura o spigolosa

## 3. DINAMICA IMPORTANTE

- caduta da altezza  $> 2$  m.
- caduta da veicolo in movimento
- incidente stradale (ogni incidente ha dinamica potenzialmente importante)

## 4. DINAMICA CRITICA

- caduta da altezza  $> 5$  m
- espulsione da auto in movimento
- incidente d'auto con passeggero deceduto
- pedone investito da veicolo a velocità  $> 40-50$  km/h



# TRAUMA CRANICO LIEVE

- GCS 14-15
- Normale stato di coscienza o perdita di coscienza di pochi secondi
- Assenza di segni neurologici focali
- Assenza di segni di frattura della base
- Assenza di segni di frattura della volta complicata (depressa o permanente)
- 3-4 vomiti subito dopo il trauma
- Cefalea lieve o localizzata nella sede del trauma
- Dinamica banale o media





## Accertarsi che:

- Sintomi anche minori quali la cefalea e il vomito si siano risolti
- I genitori siano affidabili e comprendano le indicazioni per l'osservazione domiciliare
- La famiglia sia in condizioni adeguate (distanza, mezzi disponibili) per il rapido ritorno in ospedale in caso di evoluzione negativa del quadro clinico.



# ...FEBBRE...

Temperatura ascellare o auricolare superiore o uguale a  $37.5^{\circ}\text{C}$

Temperatura rettale superiore o uguale a  $38^{\circ}\text{C}$

$T_c > 40^{\circ}\text{C}$  si parla di iperpiressia

$T_c < 37.5^{\circ}\text{C}$  si parla di febbricola

UN LATTANTE DI ETÀ  
INFERIORE AD UN MESE VA  
SEMPRE INVIATO IN PS  
PEDIATRICO!!!!!!!!!!!!

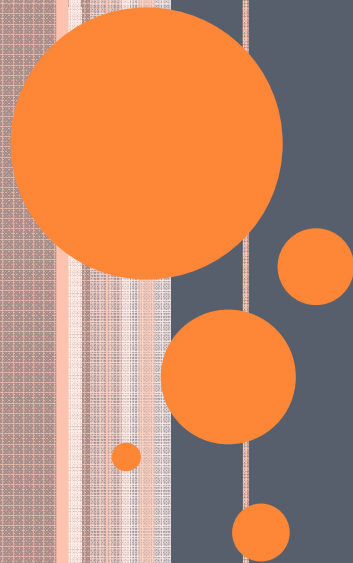


## TRATTAMENTO :

- 1° scelta Paracetamolo 15-20 mg/kg/dose  
ripetibile ogni 5-6 h se TC>38°c
- 2° scelta FANS
  - **Ibuprofene** 10 mg/kg/dose ogni 8-12 ore\die  
(Nurofen®, Fluibron febbre e dolore,  
Antalfebal, Moment kid)



...CONVULSIONE FEBBRILE...  
....EPILESSIA....



La **CONVULSIONE FEBBRILE** è un episodio critico accessuale che si verifica in bambini di età compresa tra 6 mesi e 5 anni in occasione di una brusca variazione della temperatura corporea (sia come rapido incremento che brusca riduzione) per una patologia infettiva acuta.

- Assenza di segni clinici di infezione del sistema nervoso centrale
- Assenza di preesistenti patologie neurologiche
- Anamnesi familiare negativa per convulsioni spontanee



# CLASSIFICAZIONE

## SEMPLICI

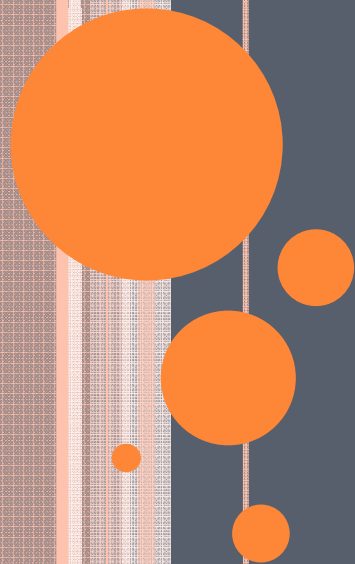
- Crisi convulsiva generalizzata tonico-clonica o atonica di breve durata che si verifica nelle prime 24 ore di febbre
- Assenza di crisi ripetute nello stesso episodio febbrile
- Durata non superiore ai 15 minuti
- Familiarità negativa per epilessia nei parenti di primo grado
- Alla convulsione non

## COMPLESSE

- Crisi febbrile con caratteristiche focali
- Crisi febbrili ripetute nello stesso episodio di febbre
- Durata della crisi > 15 minuti, < 30 minuti
- epilessia nei parenti di primo grado
- Può seguire paralisi di Todd



...PIANTO  
NEL  
LATTANTE...





# IL PIANTO NEL LATTANTE

## L'aspetto comunicativo

Dal punto di vista comunicativo il pianto può essere considerato come un evento d'interazione sociale.

Il pianto è importante nella relazione del bambino con l'ambiente e soprattutto con la madre.

Secondo alcuni ricercatori il pianto può essere considerato un *precursore del linguaggio*.

Il pianto è forse la prima modalità che il bambino esplora per comunicare le proprie emozioni.



# **IPOTESI**



# COLICHE GASSOSE

**Definizione:** la colica gassosa tipica si manifesta con pianto, cosce flesse, emissione di gas, comparsa al pomeriggio con insorgenza verso il compimento del primo mese di vita e durata, in genere, non oltre il terzo mese

**Incidenza:** dal 3.3 al 17.1%.



# COLICHE GASSOSE

**Eziopatogenesi:** disquisizione su 3 differenti teorie.

- 1) **Teoria neuro-evolutiva e psico-relazionale:** il pianto della colica esprime solo una modalità evolutiva di risposta allo stimolo o un disturbo relazionale tra madre e bambino.
  
- 2) **Teoria gastroenteritica:** presenza di alterazioni funzionali fra cui
  - a): ridotta contrattilità della colecisti;
  - b) livelli congenitamente elevati di motilina;
  - c) aumento dell'eliminazione col respiro di idrogeno a testimonianza dell'inadeguato utilizzo di lattosio.
  
- 3) **Teoria allergica:** l'intolleranza alle sieroproteine del latte vaccino può determinare coliche sia nei bambini allattati al seno che in quelli allattati artificialmente.

**Clinica:** inizio improvviso dell'attacco, pianto acuto e più o meno continuo. Volto arrossato o pallido, addome teso e disteso; gambe flesse sull'addome sebbene possano essere temporaneamente estese. Spesso i piedi sono freddi e le mani serrate.



# RGE

**Definizione:** passaggio involontario di contenuto gastrico nell'esofago.

Può essere *semplice (funzionale)* che è la condizione tipica del neonato e del lattante caratterizzata da episodi di rigurgito post-prandiali in un quadro di benessere generale oppure *patologico (MRGE)* in cui esiste un'esofagite o segni e sintomi tali da interferire con lo stato di salute e/o la crescita del bambino.

# RGE terapia

## 1. POSTURALE

## 2. DIETETICA

ISPESSIMENTO E FRAZIONAMENTO DEI PASTI  
(latte con formula ispessita o crema di riso o cereali)

## 3. FARMACOLOGICA

Ranitidina 5-10 mg/Kg/die  
in 2 somministrazioni (Ranidil susp 1 ml = 15 mg)

Omeprazolo 0,7-3,3 mg/kg/die in 1-2 dosi (30  
min prima dei pasti)

## 4. CHIRURGICA



...GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE!!!!!!!

