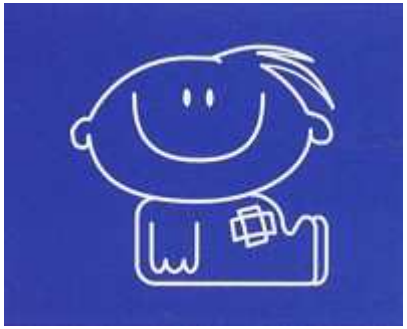
Urgenze pediatriche

www.cri.it

Croce Rossa Italiana

Obiettivi:

- Differenze di anatomia e fisiologia
- Interazione col paziente pediatrico
- Principali urgenze pediatriche
- Primo soccorso relativo



Differenze delle urgenze pediatriche

- Fisiche (Anatomia e fisiologia del bambino, parametri vitali)

- Psicologiche (Comunicazione e interazione col bambino e i familiari)

Definizioni in base all'età

- Appena nato: prime ore di vita
- Neonato: 28 giorni / 1 mese
- Lattante: fino ad 1 anno
- Bambino: da 1 anno fino alla pubertà

Differenze fisiologiche

- FR Frequenza respiratoria più elevata
- FC Frequenza cardiaca più rapida
- Pressione arteriosa più bassa
- Testa in proporzione più grande
- Lingua in proporzione più grande

Differenze fisiologiche

DESCRIZIONE	ETA'	ATTI RESP. MINUTO	BATTITI CARD. MINUTO	PRESSIONE MASSIMA	PRESSIONE MINIMA
NEONATO	0-6 settimane	30 - 50	120 - 160	74 - 100 mmHg	50 - 68 mmHg
LATTANTE	7 settimane-1 aa	20 - 30	80 - 140	86 - 106 mmHg	56 - 70 mmHg
BAMBINO PRIMI PASSI	1-3anni	20 - 30	80 - 130	98 - 106 mmHg	50 - 70 mmHg
BAMBINO PRESCOLARE	3-6anni	20 - 30	80 - 120	98 - 112 mmHg	64 - 70 mmHg
BAMBINO SCOLARE	6-12anni	12/20 - 30	60/80 - 100	104 - 124 mmHg	64 - 80 mmHg
ADOLESCENTE	12-16/18anni	12 - 20	60 - 100	118 - 132 mmHg	70 - 82 mmHg

Croce Rossa Italiana

Comunicazione col piccolo paziente...

- I bambini non sono piccoli adulti
- Dobbiamo cercare di conquistare la sua fiducia e collaborazione

Occorre usare un approccio e un linguaggio adatto all'età

... ma anche coi suoi familiari...!

- Vivono una situazione drammatica
- Cercano nel soccorritore sicurezza e professionalità

Sono un importante anello di congiunzione col piccolo paziente

Necessaria la preparazione del soccorritore... Difficoltà:

- Scarsa esperienza nel soccorso pediatrico (è un evento raro... per fortuna!)
- Coinvolgimento emotivo
- Spesso mancano in ambulanza presidi adeguati

Approccio al bambino

- Presentarsi in modo semplice e qualificarsi
- Tranquillizzare il bambino (… abbiamo chiamato i tuoi genitori stanno arrivando …)
- Rispettare il suo pudore (es. se è necessario spogliarli)
- Parlare al bambino posizionandosi all'altezza del suo viso
- Mantenere un contegno calmo cercare di ispirare fiducia
- Spiegare sempre ciò che state facendo evitando di mentire
- Raccogliere dati anamnestici nei limiti possibili

Valutazione iniziale del bambino

- Sensorio
- Pervietà vie aeree
- Respiro e segni vitali
- Temperatura
- Colorito cutaneo
- Caratteri del pianto e della parola
- Interazione con l'ambiente/persone

Valutazione iniziale del bambino

- Posizione del corpo e tono muscolare
- Dinamica dell'evento
- Valutazione dello stato di coscienza con il metodo AVPU (vigile, risponde allo stimolo verbale, risponde solo agli stimoli dolorifici, non risponde ad alcuna stimolazione)

Principali urgenze pediatriche

- **Incidenti domestici**
- **Convulsioni febbrili**
- **Problemi respiratori**
- **Piccoli malori**
- **Traumi**

Incidenti domestici

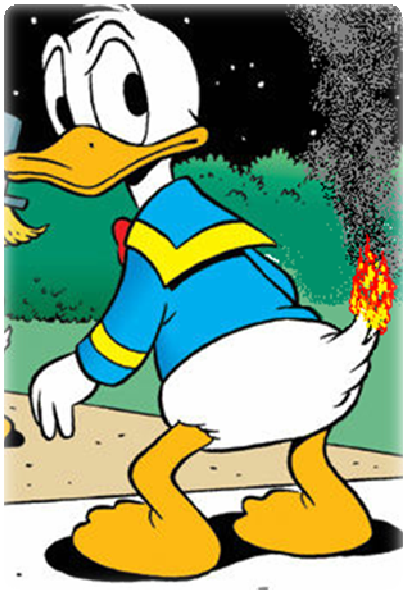
- Ustioni
- Avvelenamenti
- Annegamenti
- Elettricità… etc…

→ Vedi primo soccorso nell'adulto.

Importante la prevenzione!!!

USTIONI

- L’ustione è tra le cause più frequenti di incidente in età pediatrica
- Il 40% delle ustioni interessano i bambini
- Il 52% di queste nei primi 4 anni di vita



- Primo grado: Eritema
- Secondo grado: Eritema e flittene (vescica)
- Terzo grado: Lesioni ulcerative circondate da eritema e flittene

USTIONI

Cosa fare immediatamente:

- Autoprotezione
- Allontanare il bambino dalle fonti di calore
- Tagliare e rimuovere i vestiti eventualmente bagnati con liquidi bollenti o direttamente a contatto con l'ustione (se adesi alla cute lasciar perdere)
- Lavare con abbondante acqua fredda
- Applicare ghiaccio (non diretto)
- In caso di vesciche o lesioni coprire con materiale sterile

USTIONI

Cosa fare dopo:

Ustioni di 1° grado delimitate o di 2° grado localizzate:

- **Impacchi freddi**
- **Medicazioni sterili (garze grasse)**
- **Non applicare nessuna preparazione senza il consiglio di un medico**
- **Mantenere pulite le lesioni**
- **Rivolgersi al pediatra in caso di complicazioni**

USTIONI

Cosa NON fare:

- Sottovalutare
- Medicare con cotone
- Applicare oli o creme senza consiglio medico
- Bucare le flittene
- Trascurare le medicazioni (bagnate o sporche)

Corpi estranei e avvelenamenti

- Inalazione di corpi estranei
- Ingestione di corpi estranei
- Ingestione di caustici

L'inalazione o ingestione accidentale di corpo estraneo o di sostanze caustiche è molto diffusa in età pediatrica e rappresenta la principale emergenza pediatrica

Inalazione di corpi estranei

La sua massima prevalenza è nella prima infanzia, quando il bambino inizia l'esplorazione orale dell'ambiente circostante.

Per evitare tali incidenti è fondamentale la prevenzione primaria.

Definizione

Si definisce inalazione di corpo estraneo la presenza di frammenti di cibo o piccoli oggetti nelle vie aeree.

Questa evenienza determina una grave sintomatologia ed è potenzialmente letale.

Fattori predisponenti

- Curiosità: il bambino esplora l'ambiente che lo circonda, portando gli oggetti alla bocca.
- Dentizione: nei bambini la masticazione avviene esclusivamente per mezzo dei soli incisivi e canini, sono infatti assenti i premolari ed i molari.
- Posizione anatomica della laringe: nel bambino la laringe è posta più in alto che nell'adulto.

Quando sospettare l'inalazione di corpo estraneo

- improvvisa difficoltà respiratoria
- accessi di tosse accompagnati da difficoltà respiratoria
- il bambino porta le mani alla gola

Ingestione di corpi estranei

di cosa parliamo:

- La maggior parte dei corpi estraneo ingeriti non viene trattata, poiché essi vengono evacuati entro pochi giorni.
- Quando il transito, invece, è ostacolato dalla forma del corpo estraneo e rimane nell'esofago (localizzazione più frequente) o nello stomaco, oppure è di natura lesiva, perché tossico o corrosivo, occorre rimuoverlo in ospedale.

Tipologia di corpi estranei ingeriti suscettibili di trattamento

- Corpi estranei voluminosi: con dimensioni di almeno 2-3 cm di diametro, come monete, bottoni, pezzi di giocattoli, ecc.
- Corpi estranei lesivi: vetro, spille, aghi, stuzzicadenti, ecc.
- Corpi estranei tossici e/o corrosivi: micropile, filtri di sigarette, ecc.

Ingestione di pile

Sono potenzialmente pericolose per gli elementi in esse contenuti. Possono infatti causare un danno diretto sulla mucosa a causa di:

- **liberazione di alcali**
- **necrosi da compressione**
- **carica elettrica residua**

avvelenamento da mercurio

Le micropile ingerite, quindi, sono molto pericolose, ed è necessaria l'ospedalizzazione del bambino.

Ingestione di caustici

L’ingestione di sostanze caustiche costituisce, insieme alle perforazioni, le “emergenze esofagee”.

Esse possono, talvolta, assumere aspetti drammatici e vanno affrontate, ove possibile, in centri specializzati, tenendo presente non solo il problema dell’emergenza, ma anche il problema successivo della ricostruzione della via alimentare. L’incidenza presenta un picco nella prima infanzia, fino a tre/cinque anni di età.

Caustici ingeriti

- agenti alcalini (pH>12) appartengono a questa categoria: detersivi alcalini, detersivi per lavastoviglie, prodotti in polvere a base di O2, pulitori per forni, sbiancanti a base di O2, disgorganti
- agenti acidi (pH<2)appartengono a questa categoria: (detergenti acidi, detergenti per W.C., brillantanti, disinfettanti per W.C., pulitori liquidi per metalli, soluzioni elettrolitiche per batterie.

L'entità dei danni provocati dai caustici dipende da:

- tipo
- stato fisico
- concentrazione
- quantità

PRIMO INTERVENTO

Come prima cosa è fondamentale capire che sostanza ha assunto il piccolo e in che quantità, cercando la confezione (da recapitare al P.S.) e interrogando il piccino nel caso in cui questi sia in grado di rispondere.

REGOLA GENERALE PER CHI SOCCORRE IL BAMBINO:

- **Quale?**
- **Come? (ingestione, inalazione, puntura, ecc.)**
- **Quando?**
- **Quanto?**

COSA NON FARE:

- **Provocare il vomito**
- **Assumere latte (alcuni veleni penetrano o si potenziano con il latte) o altri "antidoti" (bianco dell'uovo, bicarbonato, ecc.)**

Principali urgenze pediatriche

- Incidenti domestici
- Convulsioni febbrili
- Problemi respiratori
- Piccoli malori
- Traumi

Cos'è la febbre?

E' un aumento della temperatura corporea superiore ai 37° C se misurata per via cutanea (ascellare), o superiore ai 37,5° C se misurata per via rettale o orale.

Qualche linea di febbre può essere anche la conseguenza di sforzi fisici o della permanenza in un ambiente eccessivamente riscaldato.

La febbre non è una malattia, è un sintomo: le sue cause vanno identificate ed affrontate nella maniera più appropriata.

La febbre è una difesa naturale del corpo che aiuta a distruggere i microbi.

Quali rimedi per dare sollievo al bambino?

Non bisogna coprire il bambino in maniera eccessiva perché questo può far salire la temperatura oltre il livello stabilito dal "termostato" e contribuire ad aggravare il disagio.

Quando il bambino ha i brividi lo si può coprire con una coperta leggera, ma appena questi scompaiono o sente caldo è meglio rimuoverla per consentire al corpo di disperdere il calore.

Le spugnature con acqua tiepida possono essere utili: riducono la temperatura perché fanno disperdere calore per via dell'acqua che evapora dalla superficie corporea.

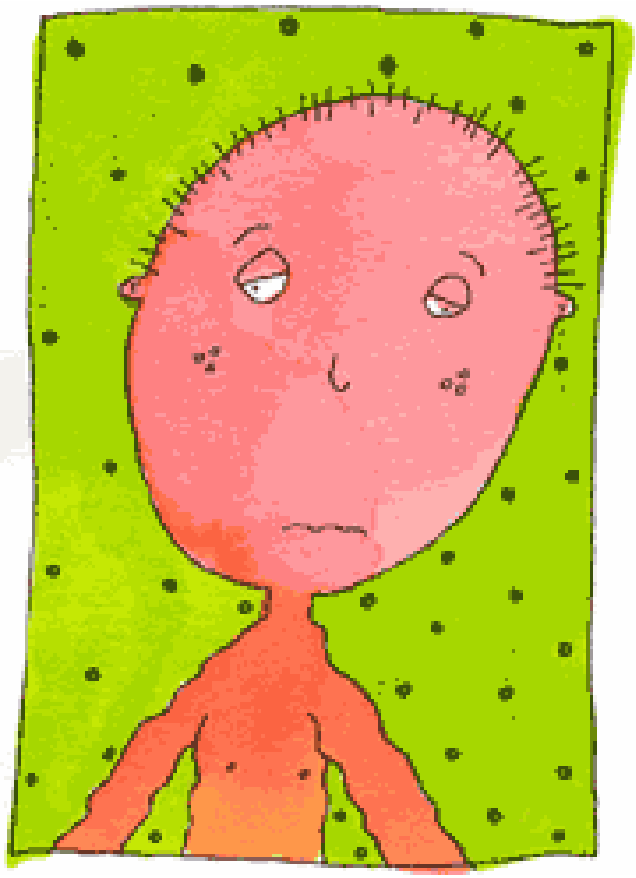
Cosa non fare

Altri trattamenti fisici non sono consigliati, perché, oltre ad avere solo un effetto temporaneo sulla temperatura corporea del bambino, possono dare fastidio e anche causare danni.

Uno di questi metodi, purtroppo ancora oggi ritenuto efficace da alcuni, è la spugnatura con l'alcol: i vapori dell'alcool possono essere inalati dal bambino e provocare seri danni.

Convulsioni febbrili:

cosa sono:



- Sorta di “corto circuito” del SNC, ancora in fase di sviluppo
- Causate da un improvviso rialzo febbrile
- Frequenti tra i 5 mesi e i 6 anni di età

Le manifestazioni possono essere varie

- scosse delle braccia e delle gambe (cloniche)
- irrigidimento (toniche)
- rilassamento della muscolatura (ipotoniche)
- fissità dello sguardo o rotazione degli occhi
- perdita di feci e urine

La perdita di coscienza è comune a tutte le convulsioni, di norma questa è seguita da una fase di sonnolenza (periodo postcritico).

Domande frequenti

Quanto è frequente il problema?

Interessano il 3% dei bambini sani, tra i 6 mesi e i 6 anni di vita.

C'è sempre la febbre?

Talvolta la febbre non è presente al momento della convulsione ma compare poco dopo la fine della crisi.

Possono ripetersi?

In oltre la metà dei casi, l'episodio convulsivo rimane isolato. Le recidive sono più frequenti se l'insorgenza della prima convulsione è precoce, soprattutto se si verifica durante il primo anno di vita.

Domande frequenti

Quali sono i rischi?

Le convulsioni febbrili semplici, essendo di breve durata, non possono causare danni. Una convulsione deve durare ore per produrre un danno a livello cerebrale.

Fino a che età si presentano?

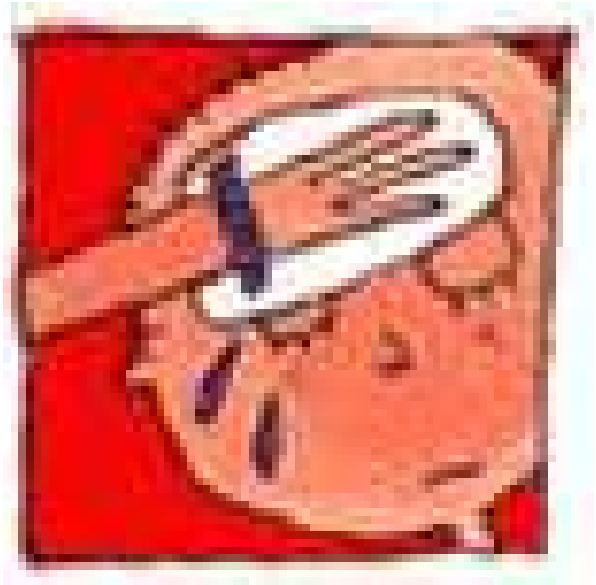
Le convulsioni febbrili semplici si presentano soprattutto prima dei 4 anni, raramente nel corso del quinto anno. Queste crisi tendono a scomparire con la crescita.

Cosa fare per prevenire?

- Prevenire la crisi evitando che la febbre salga rapidamente
- Somministrare precocemente antipiretici
- Scoprire il bambino
- Borsa del ghiaccio in testa
- Spugnature d'acqua da tiepide a fredde
- Rimuovere con un dito qualsiasi cosa il bambino abbia in bocca (se vomita, rimuovere subito il vomito);
- Profilassi farmacologica nei bambini che già ne hanno sofferto sotto prescrizione medica

Convulsioni febbrili:

primo soccorso



- In genere si risolvono in pochi minuti: non farsi prendere dal panico!
- Se ancora in corso allerta il soccorso avanzato
- Assicura ABC

Convulsioni febbrili: primo soccorso

- Non scuotere il bambino, non schiaffeggiarlo o chiamarlo per nome, non cercare di bloccarlo (sono manovre assolutamente inutili, che ritardano le cure efficaci);
- Porre delicatamente il bambino sdraiato sul fianco (per evitare che aspiri muco o materiale vomitato, e per impedire alla lingua di ostruire le vie aeree), in un luogo dove non possa cadere e farsi male,
- Pulire velocemente la bocca dalla saliva e da eventuali residui alimentari; non forzare l'apertura del cavo orale con strumenti rigidi
- Aprire le vesti strette
- Applicare spugnature di acqua tiepida e la borsa del ghiaccio o degli asciugamani bagnati con acqua fredda sulla fronte e sul collo

Principali urgenze pediatriche

- Incidenti domestici
- Convulsioni febbrili
- **Problemi respiratori**
- Piccoli malori
- Traumi

CRISI D'ASMA

- Diffusa ostruzione respiratoria per la contrazione della muscolatura bronchiale
- In genere di genesi allergica
- Difficoltà respiratoria (soprattutto espiratoria)
- "Fischi" respiratori
- Pallore, irritabilità
- Cianosi

CRISI D'ASMA

cosa fare

- Portare il bambino in ospedale
- Metterlo in posizione seduta (per favorire la respirazione)
- Farlo bere
- Umidificare l'ambiente

cosa non fare

- Non sottovalutare
- Non intraprendere terapie senza la prescrizione medica
- Non somministrare farmaci

LARINGOSPASMO

croup o pseudocroup

- Esordio graduale o improvviso nelle prime ore della notte
- Tosse abbaiante o metallica
- Stridore inspiratorio intermittente
- L'epiglottide è tumefatta e color ciliegia (non usare assolutamente l'abbassalingua)

LARINGOSPASMO

cosa fare

- Tenere il bambino nella stanza da bagno con tutti i rubinetti dell'acqua calda aperti e farlo respirare nella nebbia
- Non usare assolutamente abbassalingua o altri strumenti per controllare la gola potrebbero scatenare l'arresto respiratorio in caso di epiglottite
- Se non recede dopo 20 minuti portare in ospedale

Principali urgenze pediatriche

- Incidenti domestici
- Convulsioni febbrili
- Problemi respiratori
- Piccoli malori
- Traumi

DISSENTERIA

cosa fare

- Sospendere latte vaccino
- Dieta idrica
- Riprendere l'alimentazione gradualmente se i sintomi regrediscono
- Recarsi dal Pediatra non accenni a diminuire dopo 24 ore
- Recarsi dal Pediatra o in Ospedale se le feci hanno un colore anomalo (sangue, acqua di riso, eccessivo muco) o se il bambino mostra segni di disidratazione (secchezza della cute e delle mucose, scarsa urina, pianto senza lacrime, sonnolenza o confusione).

EPISTASSI

cosa fare

- Pinzare le narici con le mani
- Tenere la testa leggermente reclinata in avanti
- Non deglutire il sangue
- Applicare ghiaccio sulla fronte
- Cessata l'emorragia non soffiare e toccare il naso per qualche ora
- Avere pazienza
- Recarsi in ospedale se l'emorragia non cessa

PUNTURE D'INSETTO

cosa fare

- Rimuovere il pungiglione con delle pinzette senza comprimere la zona (api, vespe, calabroni, ecc.)
- Applicare ghiaccio (non diretto)
- Disinfettare
- In caso di reazione generalizzata recarsi al PS

Principali urgenze pediatriche

- Incidenti domestici
- Convulsioni febbrili
- Problemi respiratori
- Piccoli malori
- Traumi

Traumi nel bambino

- Importante causa di morte o invalidità
- Frequenti i traumi cranici
- Cadute, incidenti… etc…

→ Vedi traumi adulto

CASI PARTICOLARI

TRAUMA CRANICO

- La gravità dei danni non è proporzionale all'entità dell'impatto
- Ogni trauma cranico è una situazione diversa
- Può mostrare i suoi effetti a distanza di ore

Classificazione

- Lieve: dolore, vomito, cefalea, sonnolenza
- Moderato: perdita transitoria di conoscenza, amnesia, agitazione
- Grave: sopore, segni neurologici, coma

Se c'è la comparsa anche di solo uno dei sintomi, recarsi in ospedale

CASI PARTICOLARI

TRAUMA TORACICO

Il trauma toracico è frequentemente associato a lesioni multisistemiche. Il "torace pediatrico" si estende dalla base del collo all'ombelico e ogni lesione al di sotto della linea intermammillare può comportare anche una lesione addominale.

Spesso a lesioni contusive/abrasive lievi sono associati traumi interni importanti.

TRAUMA ADDOMINALE

Il trauma addominale è caratterizzato da un alto rischio evolutivo spesso associato a prognosi infausta causata dall'ipovolemia di genesi emorragica (lesione fegato e milza nel trauma chiuso).

CASI PARTICOLARI

TRAUMA SPINALE

Nei pre-adolescenti è abbastanza raro, poi ha incidenza uguale agli adulti. Nel bambino il trauma spinale coinvolge principalmente il rachide cervicale (testa grossa, collo corto, legamenti lassi).

I bimbi che già parlano possono non riferire dolore alla colonna in quanto "distratti" dal dolore proveniente da altri distretti corporei.

Indagare sempre sul meccanismo di lesione

Violenze e abusi sui minori..

Sospettati dalla situazione (spesso in famiglia!), tipo di lesioni (ecchimosi, bruciature di sigaretta), reticenze…

Non porre domande dirette, ma informa il PS o le Forze dell'ordine

www.cri.it

Croce Rossa Italiana

Per suggerimenti, correzioni e precisazioni:

wikislides@gmail.com