

Dr. Antonio Urbino  
Direttore S.C. Pediatria d'Urgenza  
Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino

# APPROCCIO AL BAMBINO CRITICO





**Gli eventi acuti che  
mettono in pericolo la vita  
del bambino sono molto  
vari**



# Cause più comuni di morte in età pediatrica



**0-1 anno**  
**SIDS !?**

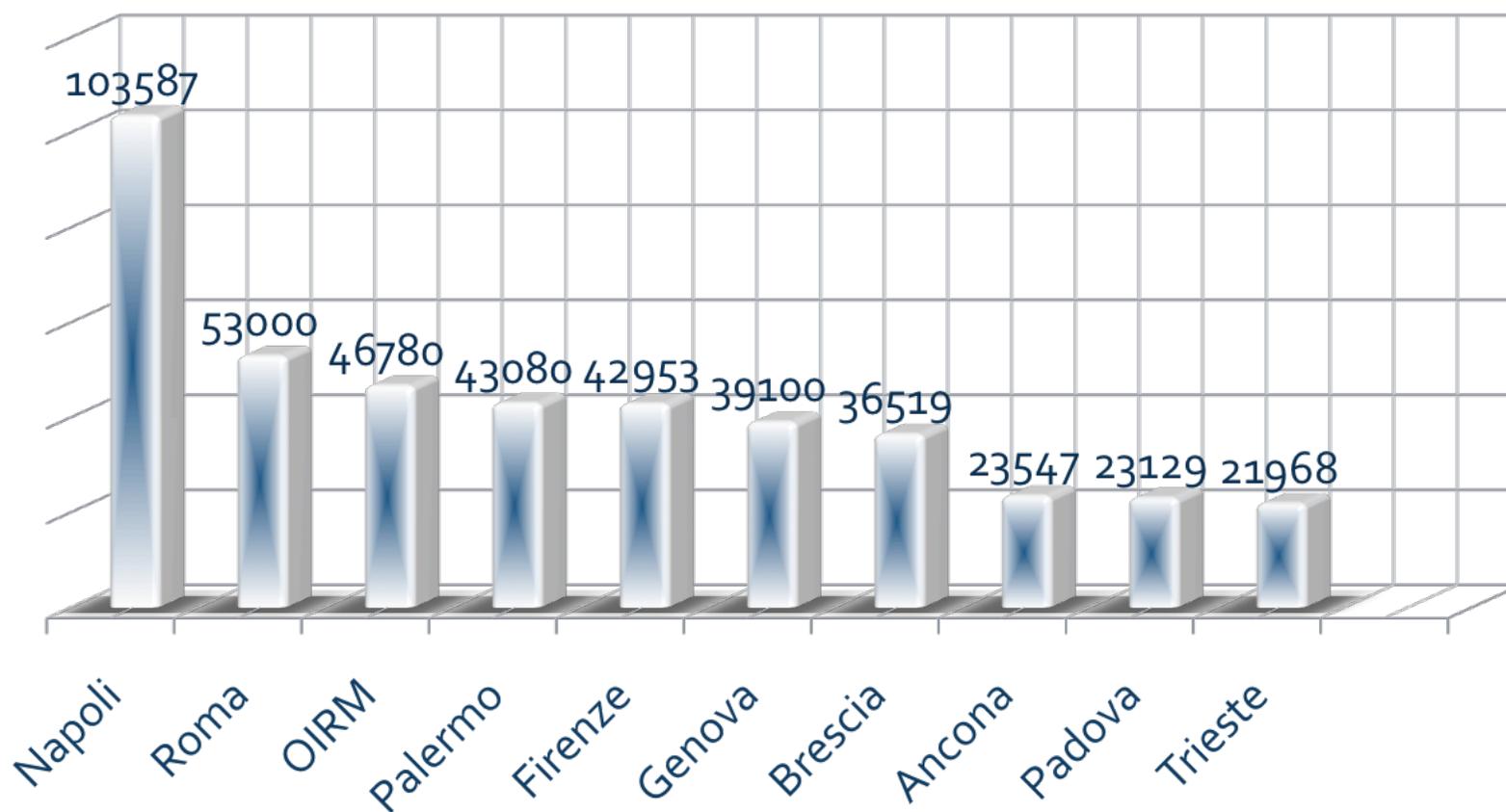


**1 anno-pubertà**  
**Trauma**

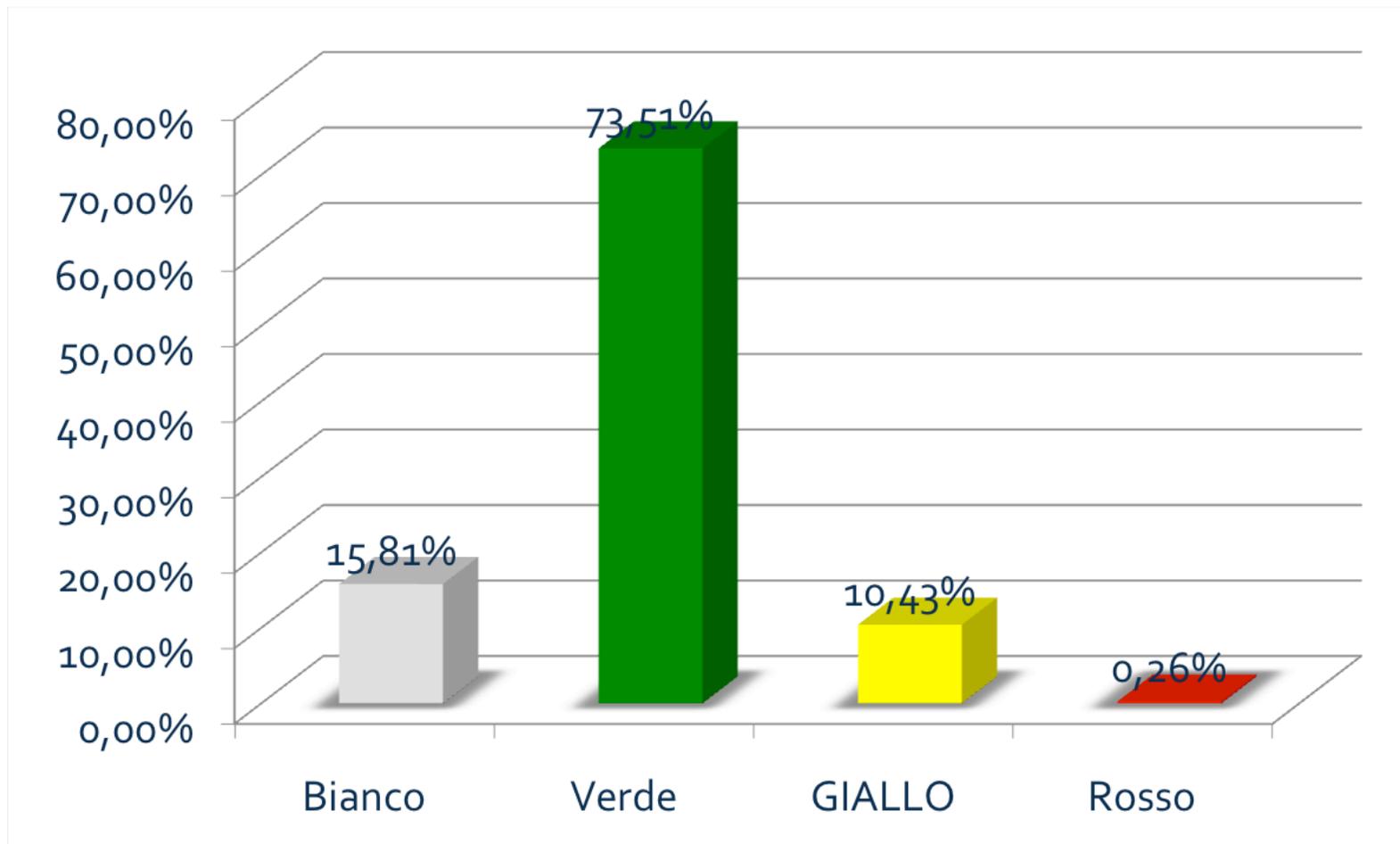
# Accessi pediatrici nei PS italiani

- Circa 5.000.000
- Solo il 4% delle vere urgenze è trasportato dal 118
- **Codici rossi/gialli circa 10%**
- Circa il 50% degli accessi ha età < a 2 anni
- Circa il 30% dei bambini non trova un pediatra in PS
- Solo il 10% viene triagiato da un'infermiera pediatrica
- In circa il 65% dei casi il bambino viene visitato in spazi non dedicati

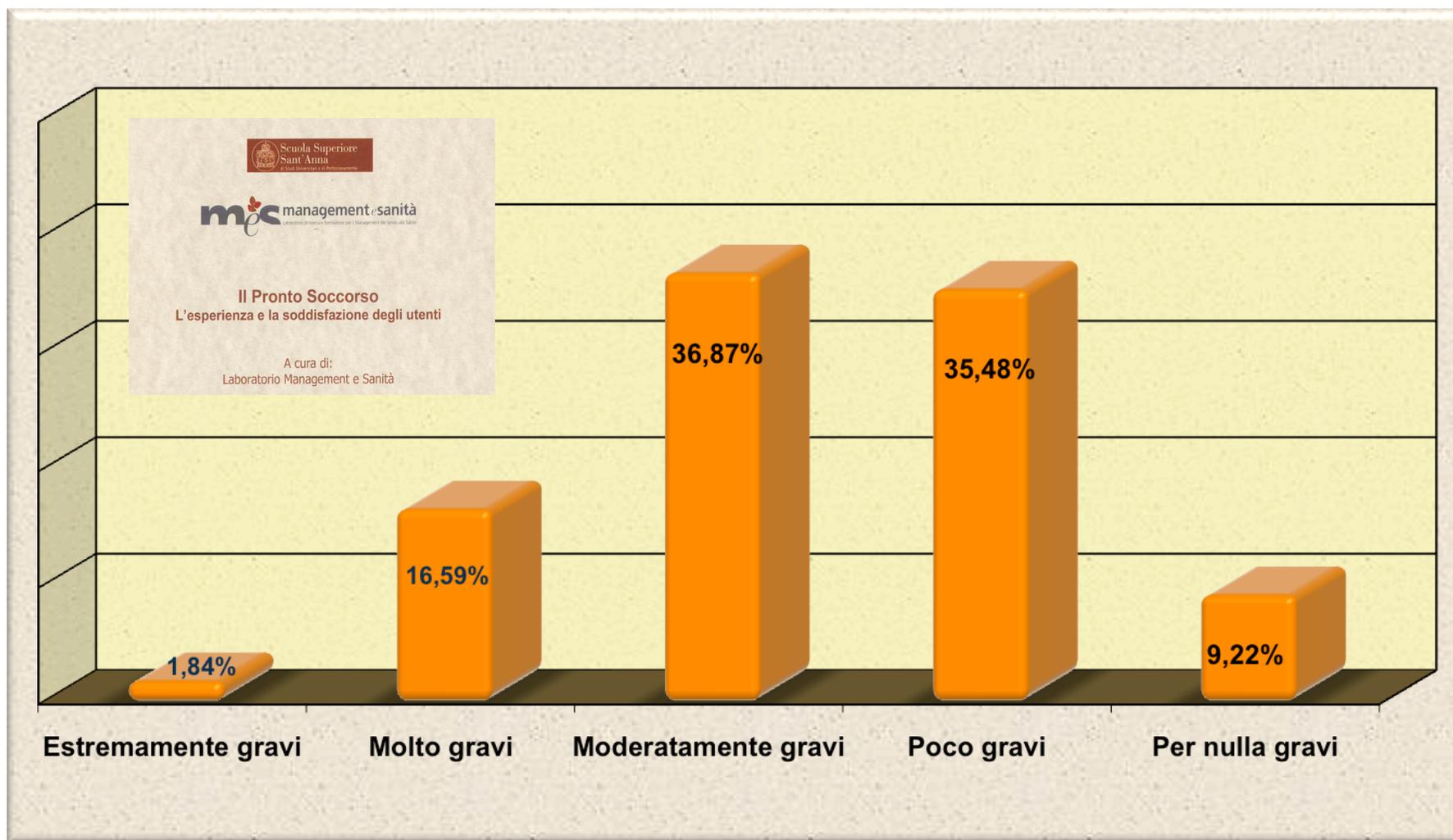
## Numero di accessi nei PS pediatrici italiani anno 2013



## Accessi in Pronto Soccorso OIRM anno 2013



## Le sue condizioni di salute al suo arrivo in Pronto Soccorso erano:



# I genitori

## Urgenza soggettiva

- Una peculiare visione sociale dell'infanzia: la riduzione del numero di bambini per nucleo familiare ha comportato maggior valorizzazione, attese e investimento psicologico nei propri figli con incapacità a sopportare problemi di salute anche non gravi.
- Nuclei familiari impegnati nell'attività lavorativa con grande difficoltà nella gestione di un figlio ammalato che “deve” guarire il più presto possibile.

# Approccio sistematico al bambino in emergenza

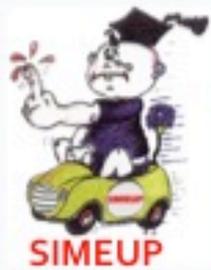
- **Valutazione iniziale**
- **Valutazione primaria (ABCDE)**
- **Manovre di stabilizzazione, RCP**
- **Valutazione secondaria**
- **Trattamento definitivo**



# Aspetti psicologici

- Approccio adattato all'età nel bambino cosciente
- Approccio e sostegno ai genitori e fratellini
- Formazione e sostegno al personale infermieristico e medico





# A: AIRWAY



## LATTANTE

posizione neutra  
sollevamento mento



## BAMBINO

estensione del capo  
sollevamento mento



# Cannula di Guedel

Come si  
sceglie?

Come si  
inserisce?

## PROCEDURA ■ Cannula orofaringea

Nei pazienti incoscienti, può essere usata la cannula orofaringea per controllare le vie aeree e prevenire che la lingua cada all'indietro contro il retrofaringe.

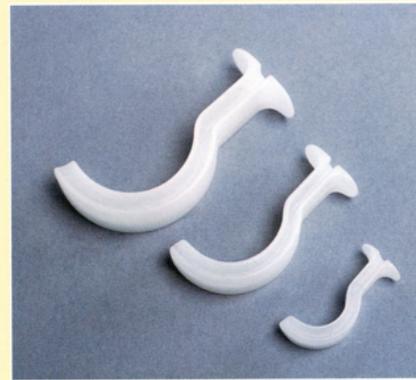


FIGURA 3-6A

Cannule orofaringee di diverse misure.



FIGURA 3-6B

Determinare la misura della cannula orofaringea.



FIGURA 3-6C

Inserimento di una cannula orofaringea utilizzando un abbassalingua.

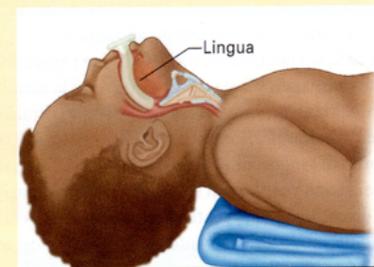


FIGURA 3-6D

Cannula orofaringea in posizione.

# B

## Valutazione

- Frequenza respiratoria
- Tipo di respiro (stridore, sibili, grunting, catarro, tosse )
- Rientramenti

## Parametri d'allarme

- F.R.  $> 60$  min. o  $< 15$  min.
- Apnee
- Rientramenti importanti
- Tosse abbaiante
- SpO<sub>2</sub>  $< 90 - 95$  % in aria / ambiente



# C

## Valutazione

- Frequenza cardiaca
- Caratteristiche dei toni
- Rumori cardiaci (soffi sfregamenti)
- Segni di perfusione cutanea
- Polsi centrali e periferici
- Pressione arteriosa
- Diuresi

# FREQUENZA CARDIACA

FREQUENZA CARDIACA

## Situazioni ad elevato rischio

Bambini < 1 anno: FC <80/min o > 180/min

Bambini > 1 anno: FC < 60/min o >160/min

# PRESSIONE ARTERIOSA

## PRESSIONE ARTERIOSA

L'ipotensione è tardiva e compare quando i meccanismi di compenso emodinamico si sono esauriti

Il controllo della pressione è utile nel monitorizzare il successo della terapia



# Valori pressori minimi

(3° centile)

Età	Pressione sistolica (mm/Hg)
0-1 mese	60
1 mese-1 anno	70
>1 anno	$70 + (2 \times \text{età in anni})$

Pressione diastolica = approssimativamente  $\frac{2}{3}$  della pressione sistolica.

**Il bracciale deve essere tale da coprire i  $\frac{2}{3}$  della lunghezza del braccio del bambino**



**Attenzione:** deve esserci pericolo di vita



*L'esperienza dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino*

**Dal 2010 al 2013**

Abbiamo gestito 15 pazienti con accesso  
intraosseo

4 pazienti in arresto cardiaco

4 gravi **politraumi**

1 paziente con TPSV e grave stato di shock

1 paziente con emorragia cerebrale in shock

3 pazienti metabolici

2 pazienti in stato di male

# D

## ESAME NEUROLOGICO COMPLETO

### Valutazione

- AVPU
- Glasgow score
  
- *Segni meningei*
- Segni di lato
- Disturbi del comportamento
- Agitazione psicomotoria



# E

OSSERVARE IL PAZIENTE PER COGLIERE SEGNI  
IMPORTANTI A LIVELLO CUTANEO

- Segni di infezione
- Petecchie
- Segni di perfusione
- *Lesioni sospette di abuso o maltrattamento*
- Lesioni particolari (es: piccole ustioni in bambini folgorati)



# Gestione dei genitori nell'emergenza

## Indicazioni:

- Presenza dei genitori durante procedure / rianimazione
- Personale dedicato ai genitori
- Valutare allontanamento genitori se interferiscono con efficacia RCP
- Favorire il contatto fisico con il bambino se appropriato
- Favorire la presenza accanto alla salma del bimbo

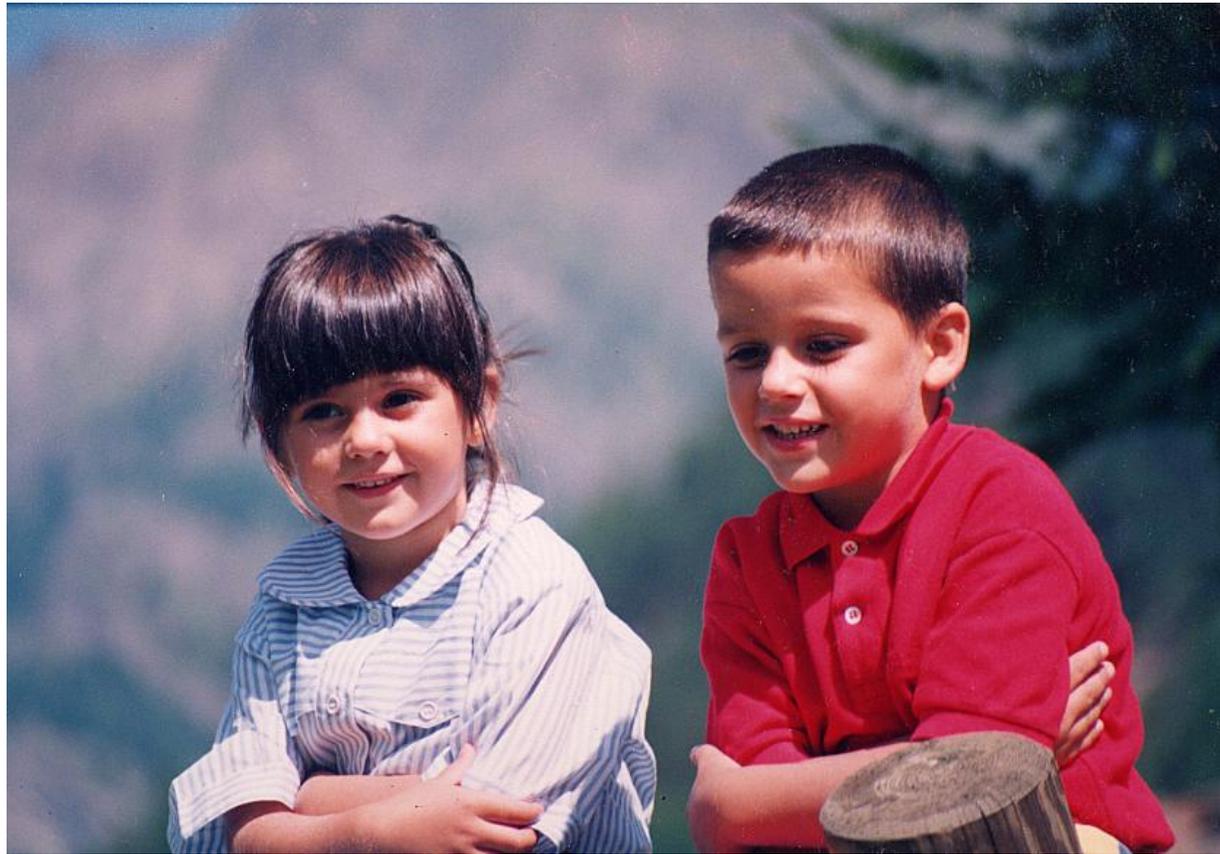


# Conclusioni

- L'approccio al bambino in condizioni critiche ha **peculiarità specifiche** rispetto all'adulto
- **Obiettivo:**
  - Riconoscere precocemente l'insufficienza respiratoria e cardiocircolatoria
  - ripristinare e mantenere le funzioni vitali
- La **sequenza ABCDE** è alla base della valutazione primaria e degli interventi di stabilizzazione in emergenza
- **Una corretta organizzazione del team e l'attenzione agli aspetti psico-sociali** possono contribuire a migliorare l'efficacia dell'intervento

*Tutti i grandi sono stati bambini una volta. Ma pochi di essi se ne ricordano.*

Antoine De Saint-Exupéry



**Grazie per l'attenzione**