

Prefazione all'edizione italiana

La IX edizione del Manuale di Pediatria del *Royal Children's Hospital* di Melbourne esce nel cinquantenario della I edizione e ne celebra l'indubbio successo. Questo manuale è un ottimo esempio di letteratura medica anglosassone ed è caratterizzato da un approccio molto pragmatico ai problemi clinici, estremamente utile per gli studenti di Medicina e i giovani Specializzandi che stanno iniziando il percorso formativo che li porterà a gestire il bambino e la sua famiglia. Riserva grande attenzione alle nuove tematiche cliniche emergenti, quali ad esempio l'abuso e la medicina dei migranti, e tratta con paragrafi concisi tutte le patologie di organo ed apparato che si incontrano nella pratica clinica pediatrica quotidiana. Il testo è ricco di innumerevoli consigli e osservazioni, frutto di una frequentazione quotidiana delle corsie e degli ambulatori e dell'esperienza maturata dai numerosi colleghi che hanno contribuito alla sua stesura. Sicuramente si rivelerà un buon riferimento per il mondo pediatrico italiano.

*Giovanni Battista Ferrero
Alessandro Mussa*

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare ai giovani colleghi, che hanno contribuito alla stesura della versione italiana di questo manuale:

Teresa Ceglie
Diana Carli
Marco Denina
Salvatore Lo Re
Marta Dellepiane
Roberta Risso

CAPITOLO 1

Emergenze mediche

Michael Clifford, Ed Oakley, James Tibballs

Arresto cardiorespiratorio

Un arresto cardiorespiratorio può verificarsi in un'ampia varietà di condizioni che causano ipossiemia, ipotensione, o entrambi. Il ritmo cardiaco iniziale rilevato durante la rianimazione precoce consiste spesso in una grave bradicardia o asistolia. Anche se l'insorgenza spontanea della fibrillazione ventricolare nei bambini è di circa il 10%, può verificarsi più frequentemente con condizioni cardiache congenite o essere secondaria ad avvelenamento con farmaci cardioattivi. In ospedale, l'arresto respiratorio isolato è più comune dell'arresto cardiorespiratorio.

Diagnosi e gestione iniziale

Si può sospettare arresto cardiorespiratorio quando il paziente non risponde o è privo di coscienza, non si muove né respira normalmente o appare pallido o cianotico. Chiamate aiuto immediatamente.

Valutare le vie aeree e la respirazione tramite l'osservazione del movimento del torace, e l'ascolto dell'espiazione posizionando testa e collo per aprire e mantenere pervie le vie aeree. Il movimento del torace, senza espiazione indica una via aerea ostruita.

NON ritardare la rianimazione e intanto auscultare il battito. Iniziare le compressioni toraciche in presenza di bradicardia prima dell'arresto cardiaco o se altri segni di circolazione (una ventilazione adeguata, movimento, coscienza) sono assenti.

Quando possibile, trattare in una sala rianimazione dedicata alle emergenze ove trasportare il paziente, se necessario. Se non è possibile, portare il carrello di rianimazione al paziente.

La rianimazione cardiopolmonare (CPR) deve iniziare con le tecniche di base ed essere continuata utilizzando tecniche avanzate (Fig. 1.1).

Mantenimento delle vie aeree e ventilazione

Se è presente ostruzione delle vie aeree, controllare rapidamente la faringe. Liberare da secrezioni o vomito con brevi aspirazioni utilizzando un tubo di aspirazione Yankauer.

Garantire la pervietà delle vie respiratorie estendendo la testa, sollevare il mento (chin lift) o portare in avanti la mandibola (jaw thrust).

Se non compare una adeguata ventilazione spontanea, procedere ventilando meccanicamente con un pallone autogonfiabile per rianimazione (ad esempio, Laerdal, Ambu, Air-viva) con ossigeno 8-10 l/min. Se la ventilazione in pallone non appare efficace, utilizzare la tecnica bocca-maschera con due respiri iniziali.

Nota: i palloni autogonfiabili (ad esempio, Laerdal) non forniscono alcun flusso di gas al paziente se non compressi ciclicamente.

Qualunque sia la tecnica utilizzata, assicurarsi che la ventilazione espanda il torace in modo adeguato.

Effettuare un'intubazione endotracheale attraverso la bocca, se possibile, ma senza causare ipossiemia con prolungati tentativi infruttuosi. Selezionare il tubo e inserirlo ad una profondità adeguata all'età del paziente.

Posizionamento e dimensione del tubo endotracheale

Dimensione del tubo non cuffiato (diametro interno) = $(\text{età}/4) + 4$ mm (per i pazienti oltre 1 anno di età)

Dimensione del tubo cuffiato (diametro interno) = $(\text{età}/4) + 3,5$ mm (per i pazienti oltre 1 anno di età)

La profondità di inserimento è di circa $(\text{età}/2) + 12$ cm dal labbro inferiore

Neonati: vedi le condizioni neonatali (Tabella 21.1).

Fissare il tubo con nastro di cotone intorno al collo o al viso con del nastro adesivo per evitare intubazione bronchiale o estubazione accidentale. Confermare il posizionamento rilevando la CO_2 di fine espiazione.

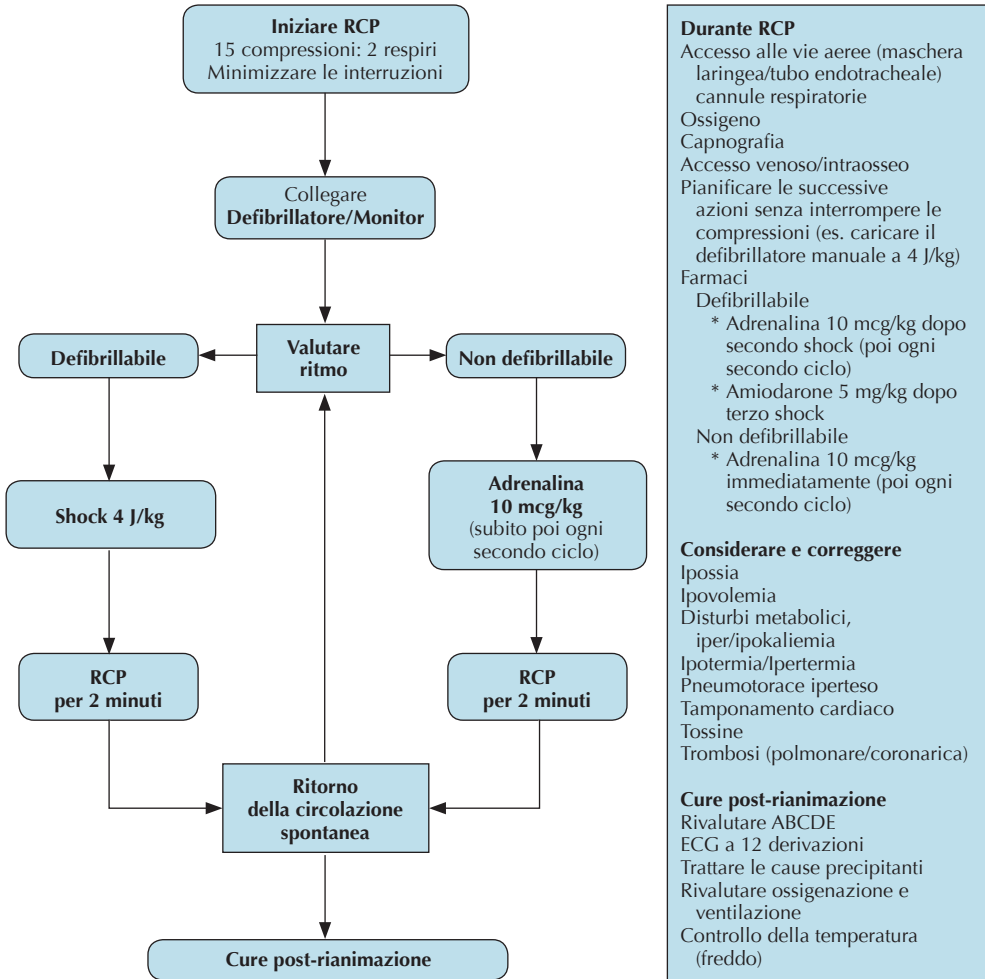


Fig. 1.1 Gestione dell'arresto cardiorespiratorio. Adattato dalle linee guida da www.nzrc.org.nz/guidelines

Compressione cardiaca esterna

Iniziare compressione cardiaca esterna (CCE) sopra lo sterno inferiore se:

- Non si rileva un battito entro 10 secondi.
- Il battito è inferiore a:
 - 60 batt./min (per neonati).
 - 40 batt./min (per bambini più grandi).
- Sono assenti altri segnali di circolazione (ventilazione adeguata, movimento, coscienza).

Posizionare il paziente su una superficie stabile e comprimere la parte inferiore dello sterno deprimendolo di un terzo della profondità del torace, evitando la pressione su coste e visceri addominali:

- Neonato o bambino (<1 anno): tecnica dei due pollici in cui le mani circondano il torace.
- Bimbo piccolo (1-8 anni): palmo di una mano.
- Bambini grandi (>8 anni) e adulti: tecnica a due mani.

Rapporti compressione-ventilazione

I rapporti consigliati per i soccorritori sanitari da parte del Resuscitation Council australiano (www.resus.org.au) sono mostrati in Tabella 1.1. Utilizzare un rapporto di 30:2 in caso di soccorritore singolo o 15:2 quando sono presenti due soccorritori.

Tabella 1.1 Rapporti compressione-ventilazione

	Due insufflazioni iniziali, in seguito	
	Un soccorritore (rianimazione con aria espirata) Compressione: ventilazione	Due soccorritori (ventilazione in pallone-maschera) Compressione: ventilazione
Neonati e bambini	3:1	3:1
Bambini (<1 anno)	30:2	15:2
Bambini piccoli (1-8 anni)	30:2	15:2
Bambini grandi (>8 anni)	30:2	15:2
Adulti	30:2	30:2

Fonte: Resuscitation Council australiano. Adattato dalle linee guida da www.resus.org.au/policy/guidelines.

Quando si utilizza la ventilazione in pallone-maschera o bocca-maschera, il soccorritore che effettua le compressioni dovrebbe contare a voce alta per consentire al soccorritore che fornisce la ventilazione di fornire ventilazioni efficaci durante le pause tra le compressioni con minima interruzione delle compressioni. Le compressioni possono essere avviate a fine inspirazione. Se il paziente è intubato, NON interrompere le compressioni. La velocità delle compressioni dovrebbe essere di 100/min. Se la ventilazione è fornita tramite pallone e tubo endotracheale, le compressioni toraciche possono essere continuate durante la ventilazione, a condizione che l'espansione del polmone sia raggiunta. In questa circostanza, limitare il numero di ventilazioni a circa 10/min. L'obiettivo è una CO_2 di fine espirazione >15 mmHg.

Gestione delle aritmie cardiache

Determinare il ritmo cardiaco con piastre, placche o elettrodi adesivi del defibrillatore.

- Imprimere un singolo shock DC (direct current, corrente continua) a 4 J/kg se è presente fibrillazione ventricolare o tachicardia ventricolare senza polso. Vedi Tabella 1.1 e Fig. 1.1.
- Somministrare adrenalina in caso di qualsiasi altro ritmo senza polso (vedi Fig 1.1). La dose è:
 - Endovena e intraossea: 10 mcg/kg (0,01 ml di soluzione 1:1000).
 - Endotracheale: 100 mcg/kg (0,1 ml di soluzione 1:1000).
- Assicurare un accesso venoso. Anche se una cannula venosa periferica è l'accesso preferenziale, non perdere tempo (>90 secondi) con ripetuti tentativi falliti, poiché l'accesso può essere realizzato con tecniche alternative.
 - *Somministrazione intraossea* (vedi Capitolo 4, *Procedure medico-chirurgiche*): tutti i farmaci endovena e fluidi di rianimazione possono essere somministrati per questa via.
 - *Somministrazione endotracheale (ETT)*: solo adrenalina, atropina e lidocaina possono essere somministrati in questo modo; è il metodo meno efficace.
- Una guida di riferimento rapida per le dosi dei farmaci e il volume dei liquidi è fornito in Tabella 1.2.

Altri farmaci

Amiodarone

Questo è l'unico antiaritmico che ha dimostrato di essere di beneficio per VT/VF (tachicardia ventricolare/fibrillazione ventricolare). La dose è di 5 mg/kg somministrato in bolo. Può causare ipotensione.

Calcio

Si tratta di un utile agente inotropo e vasopressore, ma non ha ruolo nella gestione di una aritmia, a meno che essa sia causata da ipocalcemia, iperpotassiemia o tossicità da calcio-antagonista. Non è utile e probabilmente dannoso per asistolia, fibrillazione ventricolare o dissociazione elettromeccanica. La dose endovena di calcio cloruro soluzione al 10% è di 0,2 ml/kg, di gluconato di calcio al 10% di 0,7 ml/kg. Non somministrare calcio via ETT e non somministrarlo con il bicarbonato.

Tabella 1.2 Tabella di farmaci, volume dei liquidi, tubi endotracheali e scariche di corrente continua per la rianimazione pediatrica

Età	0	2 mesi	5 mesi	1 anno	2 anni	3 anni	4 anni	5 anni	6 anni	7 anni	8 anni	9 anni	10 anni	11 anni	12 anni	13 anni	14 anni
Peso corporeo (kg)*	3,5	5	7	10	12	14	16	18	20	22	25	28	32	36	40	46	50
Altezza (cm)*	50	58	65	75	85	94	102	109	115	121	127	132	138	144	151	157	162
Adrenalina 1:10.000 (ml)																	
10 mcg/kg	0,035	0,05	0,07	0,10	0,12	0,14	0,16	0,18	0,2	0,22	0,25	0,28	0,32	0,36	0,4	0,46	0,5
100 mcg/kg	0,35	0,5	0,7	1	1,2	1,4	1,6	1,8	2	2,2	2,5	2,8	3,2	3,6	4	4,6	5
Adrenalina 1:10.000 (ml)																	
10 mcg/kg	0,35	0,5	0,7	1	1,2	1,4	1,6	1,8	2	2,2	2,5	2,8	3,2	3,6	4	4,6	5
100 mcg/kg	3,5	5,0	7,0	10	12	14	16	18	20	22	25	28	32	36	40	46	50
Lidocaina 1% (ml)																	
1 mg/kg	0,3	0,5	0,7	1,0	1,2	1,4	1,6	1,8	2,0	2,2	2,5	2,8	3,2	3,6	4,0	4,6	5,0
Bicarbonato di sodio 8,4% (ml)																	
1 mmol/kg	3,5	5	7	10	12	14	16	18	20	22	25	28	32	36	40	46	50
Volume di liquidi (ml)																	
20 ml/kg	70	100	140	200	240	280	320	360	400	440	500	560	640	720	800	920	1000
Tubo endotracheale																	
Taglia (mm) Età/4 + 4	3	3,5	3,5	4	4,5	4,5	5	5	5,5	5,5	6	6	6,5	6,5	7	7	7,5
Profondità di inserzione dalle labbra (cm) Età/2 + 12	9,5	11	11,5	12	13	13,5	14	14,5	15	15,5	16	16,5	17	17,5	18	18,5	19
Scarica di corrente diretto (J) non sincronizzata																	
VF, VT 2 J/kg	7	10	20	20	20	30	30	30	50	50	50	50	70	70	70	100	100
VF, VT 4 J/kg	10	20	30	50	50	50	70	70	70	100	100	100	150	150	150	200	200
Scarica di corrente diretto (J) sincronizzata																	
SVT 1 J/kg	3	5	7	10	10	10	20	30	20	20	30	30	30	30	50	50	50

Fonte: Oakley P., Phillips B., Molyneux E., & Mackway-Jones K. (1993). Pediatric resuscitation. Updated standard reference chart. *British Medical Journal* 1993;306(6892):1613. (Oakley 1993. Reproduced with permission by BMJ.)
 *50esimo percentile.

Adenosina

Questo è il trattamento di prima scelta (200 mcg/kg endovena) per la tachicardia sopraventricolare (SVT). Vedi gestione di SVT nel Capitolo 6, *Patologie cardiache*.

Rianimazione cardiopolmonare extracorporea (ECPR) - Supporto vitale extracorporeo

I centri in grado di fornire bypass cardiopolmonari pediatrici dovrebbero prendere in considerazione la possibilità di fornire supporto vitale extracorporeo (ECLS) per l'arresto cardiaco refrattario: questo è stato associato ad un aumento della sopravvivenza.

Cure post-rianimazione

- Garantire un'adeguata ventilazione e normocarbica.
- Mantenere un'adeguata pressione del sangue con l'infusione di liquidi e supporto inotropo, se necessario.
- Non riscaldare attivamente. Se il bambino rimane privo di sensi dopo la rianimazione, istituire ipotermia terapeutica per 33-34°C entro 6 ore per 2-3 giorni.

Anafilassi

Vedi anche Capitolo 19, *Allergologia e immunologia*.

Le manifestazioni cliniche potenzialmente letali sono:

- L'ipotensione secondaria alla vasodilatazione e la perdita di volume del plasma a causa di un aumento della permeabilità capillare.
- Broncospasmo.
- Ostruzione delle vie aeree superiori a causa di edema faringeo o laringeo.

Trattamento immediato

- Terapia vasopressoria e broncodilatatrice: somministrare adrenalina 10 mcg/kg (0,01 mg/kg) a 0.01 ml/kg di soluzione 1:1000 tramite **iniezione intramuscolare (IM)** o 0,01 mg/kg (cioè 0,1 ml/kg di soluzione 1:10.000) tramite iniezione endovena lenta (oltre 10 minuti). Una infusione continua (0,1-1,0 mcg/kg/min) può essere necessaria se le manifestazioni sono prolungate.
Nota: Non usare adrenalina per via sottocutanea, poiché l'assorbimento è meno affidabile.
- Ossigeno in maschera: può essere necessaria ventilazione meccanica.
- Espansori di volume endovena: somministrare 20 ml/kg di soluzione salina allo 0,9% in boli ripetuti (di 10-20 ml/kg) fino a quando viene ripristinata la pressione sanguigna.
- Terapia broncodilatatrice con salbutamolo: continuo nebulizzato (0,5%) o endovena 5 mcg/kg/min per 1 ora, e successivamente 1 mcg/kg/min. La terapia secondaria con uno steroide, aminofillina e antistaminico può essere utile per broncospasmo prolungato e aumentata permeabilità capillare.
- Risoluzione dell'ostruzione delle vie aeree superiori: un edema da lieve a moderato può rispondere ad inalazione di adrenalina nebulizzata 1% (1 ml per dose diluita a 4 ml) o 5 ml di soluzione nebulizzata 1:1000, ma può essere necessaria l'intubazione endotracheale.
- L'anafilassi può essere bifasica e il paziente può peggiorare di nuovo nelle ore seguenti.
- Tutti i pazienti con anafilassi devono essere osservati attentamente per almeno 12 ore, essere sottoposti a test allergologici, e dotati di adrenalina auto-iniettabile e braccialetto di allarme.
- L'anafilassi refrattaria ha dimostrato di rispondere sia a infusioni di noradrenalina che di vasopressina. Questi richiedono un accesso venoso centrale.
- Se si sospetta anafilassi farmaco-mediata, dovrebbe essere effettuato un prelievo per dosaggio della triptasi mastocitaria, idealmente tra 1 e 4 ore dopo la reazione (prima se sospetta puntura di imenotteri come, ad esempio, api).
- Vedi <http://www.allergy.org.au>.

Shock settico

L'ipotensione è dovuta a vasodilatazione, fuoriuscita di liquido dai letti capillari e depressione della contrattilità miocardica.

- Raccogliere il sangue per emocoltura, ma non ritardare la somministrazione di un **antibiotico**, se non può essere raccolto un campione di sangue.

Capitolo 1

- Patogeno sconosciuto: flucloxacillina 50 mg/kg (max 2 g) endovena ogni 4 ore e cefotaxima 50 mg/kg (max 2 g) endovena ogni 6 ore.
- Meningococcemia: cefotaxima 50 mg/kg (max 2 g) endovena ogni 6 ore. Benzilpenicillina 60 mg/kg (massimo 3 g) endovena/IM ogni 4 ore se cefotaxima non è disponibile.
- Trattare lo shock con **soluzione salina allo 0,9%**, 20 ml/kg (ulteriori boli di 10-20 ml/kg possono essere necessari).
- Somministrare **ossigeno** e monitorare i gas ematici. La ventilazione meccanica può essere necessaria.
- Iniziare l'infusione di un **agente inotropo**. È preferibile la somministrazione tramite una vena centrale, ma può essere somministrato attraverso una vena periferica in soluzione diluita (ad esempio, dobutamina 15 mg/kg in 500 ml a 10-40 ml/h = 5-20 mcg/kg/min). Dobutamina (5-20 mcg/kg/min) può essere somministrata in una vena periferica ed è inizialmente preferita. Se persiste ipotensione, può essere aggiunta noradrenalina previo posizionamento di un accesso centrale (0,15 mg/kg in 50 ml 5% HEP/dex a 1-10 ml/h = 0,05-0,5 mcg/kg/min).
- Ritardare la puntura lombare, se indicato, fino a quando il bambino è stabilizzato.

Annegamento

Comporta un danno ipossico-ischemico globale spesso associato a danni ai polmoni da aspirazione di acqua e contenuto gastrico. Le differenze tra annegamento in acqua dolce e salata non sono di solito clinicamente importanti.

Segni prognostici negativi sono:

- Tempo di immersione >10 minuti.
- Temperatura rettale <30°C.
- Assenza di risposta alla rianimazione iniziale.
- Arrivo in ospedale con RCP in corso o in coma.
- Necessità di RCP.
- pH iniziale serico <7,0.

Gestione

- Assicurare ossigenazione e ventilazione adeguate è di fondamentale importanza. La ventilazione meccanica è necessaria in caso di interessamento polmonare grave, arresto circolatorio o perdita di coscienza. Una lesione polmonare ipossico-ischemica è aggravata da edema polmonare o aspirazione di acqua o di contenuto gastrico.
- Decomprimere lo stomaco, che di solito è disteso da aria e acqua.
- Sostenere la circolazione:
 - Infusione endovena di colloidi (ad esempio, 4% albumina) o soluzione salina allo 0,9%.
 - Iniziare l'infusione di un **agente inotropo**. È preferibile somministrazione tramite una vena centrale, ma può essere somministrato attraverso una vena periferica come soluzione diluita (ad esempio, 15 mg/kg in 500 ml a 10-40 ml/h = 5-20 mcg/kg/min). La dobutamina (5-20 mcg/kg/min) può essere somministrata in una vena periferica ed è inizialmente preferibile. In caso di persistente ipotensione, aggiungere noradrenalina da accesso centrale (0,15 mg/kg in 50 ml 5% HEP/dex a 1-10 ml/h = 0,05-0,5 mcg/kg/min).
- Se sono presenti segni di edema cerebrale (stato di coscienza depresso), somministrare mannitolo 0,25-0,5 g/kg endovena.
- Correggere i disturbi elettrolitici. Comune in particolare l'ipopotassiemia.
- Somministrare benzilpenicillina 60 mg/kg (max 3 g) endovena ogni 6 ore, se è necessaria ventilazione meccanica (per evitare eventuale complicazione con polmonite pneumococcica).
- Se necessaria RCP, prevenire l'ipertermia e indurre ipotermia controllata (33-34°C) per 72 ore come protezione cerebrale.
- Posizionare un collare cervicale, se si sospetta un trauma subacqueo. Sarà necessaria una risonanza magnetica.

Ostruzione acuta delle vie aeree superiori

La causa più comune è la laringotracheobronchite (croup). Le cause comprendono epiglottite (vedi Capitolo 7, *Patologie dell'apparato respiratorio*), corpo estraneo inalato, edema allergico e traumi. Il segno distintivo dell'ostruzione è lo stridore, che, se accompagnato da un colpo di tosse abbaiante, suggerisce croup, o, se accompagnato da disfagia/scialorrea, suggerisce epiglottite. Un'ostruzione grave stimola la contrazione diaframmatica che si traduce in una retrazione della gabbia toracica e della trachea e protrusione addominale durante l'inspirazione. Cianosi e sforzo respiratorio irregolare sono segni di gravissima compromissione.

Gestione

- Consentire al bambino di sistemarsi tranquillamente sul grembo dei genitori nella posizione in cui si sente più comodo.
- Osservare da vicino con la minima interferenza.
- Trattare la causa specifica, fare riferimento alle linee guida di pratica clinica relative a **croup, anafilassi e corpi estranei nelle vie aeree**.
- Allertare il servizio di Rianimazione/Terapia Intensiva Pediatrica, se si verifica un peggioramento o una grave ostruzione.
- L'ossigeno può essere somministrato in attesa del trattamento definitivo. L'ossigenoterapia può essere falsamente rassicurante perché nonostante un'ostruzione grave, il bambino può apparire roseo.
- L'accesso per via endovenosa deve essere differito: infastidire il bambino può causare un peggioramento dell'ostruzione.

Nota: una radiografia dei tessuti molli cervicali laterali non aiuta nella gestione. In caso di grave ostruzione delle vie aeree, i raggi X causano un ritardo ingiustificato nel trattamento definitivo e possono essere pericolosi (il posizionamento può accelerare l'arresto respiratorio).

Emergenze comportamentali

Le emergenze comportamentali nella tarda infanzia e in adolescenza sono rare, impressionanti, complicate e insidiose. L'eziologia è multifattoriale con contributi variabili da:

- Disturbi psichiatrici e del neurosviluppo (disturbo dello spettro autistico, ritardo mentale).
- Personalità e abitudini comportamentali (scarso controllo degli impulsi o risposte disadattive apprese a casa, disturbi della personalità emergenti).
- Condizioni mediche (lesioni cerebrali, crisi convulsive, ipoglicemia, tumori cerebrali, meningite, ascessi cerebrali e ictus).
- Intossicazioni da stupefacenti o crisi d'astinenza.
- problemi ambientali (paura, frustrazione, ansia).

Valutazione

Si effettua contemporaneamente alla stabilizzazione. Aggressività clinica, autolesionismo attivo e latitanza sono eventi dinamici dove priorità simultanee (e talvolta in competizione) richiedono spesso rapidi cambiamenti di approccio. Il medico ha necessità di bilanciare le esigenze:

- Necessità di intervento.
- Sicurezza del paziente.
- Rispetto per l'autonomia.
- Legislazione sulla salute mentale, relativamente alla competenza.
- Salute e sicurezza sul posto di lavoro.

Caratteristiche cliniche

L'aggressività clinica può essere verbale o non verbale. Tipicamente l'aggressione segue uno schema ben definito in cui una crescente agitazione psicomotoria (camminare avanti e indietro, gesticolare, espressione del viso arrabbiata, pupille dilatate, sudorazione) è accompagnata da segnali verbali sempre più aggressivi. L'aggressione culmina con una violenta esplosione, che è seguita da un rapido ritorno alla calma e, talvolta, rimorso.

Valutazione

È utile che la valutazione della salute fisica e mentale avvengano una dopo l'altra, sia con il medico curante sia con un neuropsichiatra infantile.

La valutazione ha lo scopo di definire le origini del comportamento in uno dei tre grandi gruppi: biologico, comportamentale e psichiatrico.

Tra le caratteristiche anamnestiche principali vi sono:

- Precedenti e trigger del comportamento.
- Condizioni pre-esistenti.
- Sviluppo e personalità.
- Accesso a e uso di sostanze stupefacenti.

Il colloquio con i membri della famiglia può essere l'unica fonte di informazione. È fondamentale una valutazione dello stato mentale.

Dovrebbe essere cercata un'evidenza di malattia psichiatrica grave (psicosi, depressione). Un'eziologia organica è suggerita dalla storia di malattie neurologiche o lesioni, infezioni o uso di sostanze.

Capitolo 1

L'esame obiettivo dovrebbe concentrarsi su:

- Disattenzione.
- Obnubilamento della coscienza (delirio).
- Febbre (infezione del sistema nervoso centrale, delirio).
- Ferita alla testa.
- Segni neurologici (lesioni occupanti spazio, encefalite).
- Tossidermia.
- Valutare e trattare eventuali lesioni derivanti da un comportamento instabile.

Indagini

Non si effettuano indagini di routine. Anamnesi ed esame obiettivo possono suggerire indagini specifiche come, ad esempio, il dosaggio ematico della concentrazione del paracetamolo in una sospetta overdose o una CT cerebrale quando si riscontrano segni esterni di trauma cranico. Il dosaggio di metaboliti di sostanze d'abuso nelle urine, comunemente, non ha ruolo nel guidare le decisioni sul trattamento di emergenza.

Trattamento

La prevenzione è il primo passo.

I medici **non** dovrebbero mettersi in situazioni pericolose:

- Mantenere una distanza di sicurezza da pazienti agitati.
- Osservare il paziente da una posizione di sicurezza con una via di fuga.
- Assicurarsi che siano state ricercate armi e altri oggetti pericolosi.

Al primo approccio:

- Adottare una postura aperta con un linguaggio del corpo neutro o facilitante. Utilizzare un linguaggio calmo, tranquillo, lento, semplice e riconoscere il problema dal punto di vista del paziente.
- Tentare di dare al paziente un certo controllo con decisioni semplici, a basso rischio.
- Riformulare il problema in modo semplice per mostrare di comprendere.
- Fissare obiettivi chiari, e delineare conseguenze positive, piuttosto che minacce.
- Soddisfare le esigenze del paziente. Offrire da mangiare, bere, una pausa alla toilette.
- Riconoscere la dipendenza da sostanze, in particolare, nicotina.

Con l'impegno nell'ascolto e nel colloquio, molte situazioni potenzialmente rischiose possono essere ricondotte sotto controllo.

Rianimazione comportamentale

Contenzione fisica, meccanica o chimica è indicata quando il comportamento è dovuto a fattori medici, comportamentali o psichiatrici per i quali il paziente necessita di trattamento, quando il rischio per il paziente è imminente e alto e tutti gli altri metodi hanno fallito (o falliranno).

Apprensione per attività criminali o preoccupazioni relative alla tutela dei minori dovrebbero essere di competenza della polizia, piuttosto che degli operatori sanitari.

La contenzione deve essere eseguita da un team qualificato di almeno cinque persone, anche se la mera apparizione di un gruppo di cinque persone può rapidamente mitigare la situazione. La squadra dovrebbe essere a conoscenza dei pericoli derivanti dal mordere e sputare, e utilizzare le precauzioni standard. L'obiettivo è quello di porre fine al comportamento aggressivo attraverso un intervento fisico sicuro e tranquillo, ma determinato, con la preminenza del numero, piuttosto che della forza individuale di ogni membro della squadra.

Se è necessaria la contenzione fisica, generalmente dovrebbe seguire la sedazione. Il paziente può accettare diazepam per via orale o olanzapina sublinguale; tuttavia, se rifiuta, bisognerà usare la sedazione parenterale. Midazolam, associato ad aloperidolo o olanzapina, può essere utilizzato in combinazione per una sedazione combinata con rapida azione/breve durata e lenta insorgenza/lunga durata. Se dopo 10 minuti gli effetti clinici sono insufficienti, può essere necessario ripetere una dose. Questa combinazione avrà effetto entro 5 minuti e durata di 1-2 ore, al termine delle quali la crisi comportamentale potrebbe essere risolta e potranno avere luogo valutazioni più dettagliate.

RISORSE UTILI

- www.resus.org.au – Australian Resuscitation Council.
- www.rch.org.au – Royal Children’s Hospital Clinical Practice Guidelines.
- www.allergy.org.au – Anaphylaxis information and action plans.