

IL BAMBINO

Le dimensioni e il peso corporeo sono più importanti dell'età anagrafica

I bambini spesso reagiscono allo stress in modo regressivo.

È fondamentale restare calmi e professionali, stabilendo però un'interazione col bambino, attenzione alla mimica facciale del soccorritore

IL BAMBINO

Controllo primario:

p.b.l.s.

Emorragie

usare la pressione diretta e i punti di compressione a distanza uso del laccio emostatico solo in casi estremi.

gravi se = o > 500 ml (nel neonato se > 250 ml)

Shock

sospettare sempre se emorragia copiosa (> 500ml)
rischio elevato in caso di disidratazione (vomito, diarrea, elevata temperatura ambientale, etc.) monitorare i parametri vitali e somministrare ossigeno porre in antishock evitando flessioni del rachide coprire il piccolo pz senza indurre surriscaldamento non somministrare nulla per os trasportare urgentemente

IL BAMBINO

Controllo secondario:

contatto se non vi è evidente urgenza, stabilire un dialogo, utilizzare frasi semplici, non parlare solo con gli adulti presenti, presentarsi col proprio nome di battesimo

se solo, tranquillizzarlo sull'arrivo dei genitori, sedersi o inginocchiarsi per non sovrastarlo, sorridere e accarezzarlo (se è ben disposto)

non far vedere gli strumenti sanitari, spiegare sempre ciò che si sta per fare, non mentire (se sentirà male, se si è ferito, etc.)

non minimizzare sull'accaduto ma incoraggiarlo
non deriderlo se piange
consentirgli di tenere con sé un giocattolo

IL BAMBINO

Controllo secondario:

rilevare frequenza cardio-respiratoria e temperatura corporea continuando a parlargli

se cosciente, eseguire valutazione "piedi-capo"
garantire la privacy quando lo si spoglia e spiegare perché è necessario togliere i vestiti

verificare attentamente il capo, frequente sede di traumi
controllare la presenza di oto-rinorragie
valutare eventuali traumi o edemi del collo
prestare attenzione ai rumori respiratori
verificare la presenza di aree di dolorabilità addominale
controllare l'area perineale per escludere emorragie o traumi
valutare l'integrità degli arti

controllare se lo sguardo del piccolo segue i gesti o gli occhi del soccorritore
valutare lo stato di veglia o il torpore
verificare la motilità e la forza degli arti con un gioco

URGENZE COMUNI NEI BAMBINI

ESTREMITA' IMPRIGIONATE

Più spesso si tratta di testa, mani o piedi

Primo soccorso: far rilassare il bambino, lubrificare la parte, se non si riesce a liberare allertare i VVF per tagliare il materiale che lo impedisce.

Nell'attesa cercare di far restare calmo il bambino

Proteggere la parte incastrata con stracci o altro

Quando libero valutare le eventuali lesioni e la necessità di accesso in ospedale

LESIONI AL CAPO

Valutare integrità della parte ossea (attenzione alle fontanelle)

Lesioni evidenti al volto e al cuoio capelluto

perdite siero ematiche dalle orecchie e dal naso

sonnolenza, cefalea, difficoltà nell'eloquio,

Anisocoria o diplopia

Primo Soccorso:

trattare come trauma cranico nell'adulto

portare sempre in p.s. Se i genitori rifiutano il trasporto far firmare "rifiuta il soccorso"

Consigliare l'osservazione per 48 ore con risvegli notturni

Evidenziare i segni di trauma cranico che possono comparire a distanza di tempo e devono indurre all'accesso in p.s. (cefalea protratta, vomito a getto, sonnolenza, convulsioni, rigidità nucale)

URGENZE COMUNI NEI BAMBINI

CADUTE DA BICICLETTA

Cause: trasportando il bimbo in bici senza il sedile di legge il tallone può incastrarsi nei raggi della ruota

Primo soccorso

cercare di liberare il piedino dai raggi, togliere la scarpa e calza limitando al massimo i movimenti.

coprire le ferite ed immobilizzare come per le fratture

valutare la presenza di ulteriori possibili lesioni

applicare crioterapia (anche per alleviare il dolore)

trasportare in p.s. .

URGENZE COMUNI NEI BAMBINI

AFFEZIONI RESPIRATORIE

CROUP

LARINGO-TRACHEITE VIRALE,
INCIDENZA MAX TRA 6 MESI E 4 ANNI
TOSSE ABBAIANTE E SIBILO INSPIRATORIO, FEBBRE MODERATA
Primo Soccorso
TRASPORTO D'URGENZA
OSSIGENO UMIDIFICATO AD ALTI VOLUMI

EPIGLOTTITE

INFEZ. BATTERICA, MAX FREQUENZA TRA 3 E 7 ANNI
DISPNEA IMPROVVISA, IPERPIRESSIA, SCIALORREA
Primo Soccorso
TRASPORTARE D'URGENZA IN POSIZIONE SEDUTA
OSSIGENO UMIDIFICATO AD ALTI VOLUMI
PREPARARSI ALL' ARRESTO RESPIRATORIO
NON INTRODURRE NULLA NEL CAVO ORALE

ASMA

PATOLOGIA POLMONARE DI VARIA EZIOLOGIA, INTERESSA QUALSIASI ETA'
TOSSE STIZZOSA CON SIBILI ESPIRATORI, PAUSE NELL'ELOQUIO
Primo soccorso
TRASPORTARE IN OSPEDALE
EROGARE OSSIGENO UMIDIFICATO
ATTENZIONE AL RISCHIO DI ANAFILASSI

URGENZE COMUNI NEI BAMBINI

CONVULSIONI

CAUSE: FEBBRE, SEPSI, EPILESSIA, PATOLOGIE METABOLICHE

Primo soccorso

MONITORARE I PARAMETRI VITALI

MANTENERE PERVIETÀ DELLE VIE AEREE (ATTENZIONE AL VOMITO)

CONTROLLARE LA DURATA E LE PARTI COLPITE

TRASPORTARE CON URGENZA EROGANDO OSSIGENO

FEBBRE

CAUSE C.E.I., INFEZIONI BATTERICHE O VIRALI

COLPO DI CALORE, DISIDRATAZIONE

PATOLOGIE METABOLICHE, SINDROME DI REYE

SE LA T.C. è $> 38.5^{\circ} \text{C}$. VI È IL RISCHIO DI CONVULSIONI FEBBRILI

MAI FARE BAGNI GELIDI O COPRIRE CON SALVIETTE BAGNATE (RISCHIO ELEVATO DI INDURRE IPOTERMIA)

Primo soccorso

SPOGLIARE IL BAMBINO, TOGLIENDO ANCHE IL PANNOLINO

FARE UNA DOCCIA APPENA TIEPIDA, se T.C. $> 39^{\circ} \text{C}$

MONITOTARE I PARAMETRI VITALI

TRASPORTARE D'URGENZA IN OSPEDALE

URGENZE COMUNI NEI BAMBINI

ADDOME ACUTO

CAUSE: APPENDICITE, METEORISMO, INFEZIONI BATTERICHE, VOLVOLO, ERNIA INCARCERATA, PERFORAZIONE GASTRICA

SINTOMI:

VOMITO ALIMENTARE O FECALE, DIARREA O ALVO CHIUSO
EMATEMESI O PRESENZA DI FECI PICEE
FEBBRE CON DIFFERENZA TRA T. ASCELLARE ED ANALE $>$ DI 1° C
POSIZIONE FETALE, IMMOBILITA' ANTALGICA
ELEVATO RISCHIO DI DISIDRATAZIONE O OCCLUSIONE INTESTINALE
POSSIBILE INSORGENZA DI STATO DI SHOCK

Primo soccorso

CONSERVARE IL VOMITO E LE SECREZIONI RETTALI
TRASPORTO D'URGENZA EROGANDO OSSIGENO

URGENZE COMUNI NEI BAMBINI

AVVELENAMENTO

TRATTARE COME NEGLI ADULTI
CASI PARTICOLARI:

AVVELENAMENTO DA ASPIRINA
IPERVENTILAZIONE, VOMITO, SUDORAZIONE
! CONVULSIONI, COMA, SHOCK

AVVELENAMENTO DA PARACETAMOLO
IRREQUIETEZZA POI INDOLENZA
NAUSEA, VOMITO, SUDORAZIONE PROFUSA
! INCOSCENZA

AVVELENAMENTO DA PIOMBO
PRESENTE IN VERNICI O CIBI CONTAMINATI
VOMITO, CRAMPI, DOLORI ADDOMINALI, DEBOLEZZA
! IPOSSIA

AVVELENAMENTO DA FERRO
PRESENTE IN INTEGRATORI E CONCIMI
NAUSEA, VOMITO, DIARREA EMATICA
! SHOCK TARDIVO

AVVELENAMENTO DA PRODOTTI PETROLIFERI
VOMITO, TOSSE, ODORE PECULIARE
! POLMONITE AB INGESTIS

URGENZE COMUNI NEI BAMBINI

SINDROME DA MALTRATTAMENTO

non esiste un prototipo del "maltrattatore"

presenza di escoriazioni, abrasioni, lacerazioni che interessano più frequentemente schiena, braccia e gambe con datazione differente
possibili fratture multiple a diversi stadi di guarigione
possibili lesioni cerebrali anche chiuse (fratture craniche, commozione cerebrale)
eventuali traumi addominali (addome acuto da rottura di milza e/o fegato, pneumotorace da frattura costale, lesioni genitali)

sospettare una s. da m. se l'e.o. è muto ma:

vari accessi in P.S. del piccolo o dei suoi fratelli

presenza di cicatrici su schiena e natiche, segni di bruciatura di sigaretta, esiti di ustioni simmetriche esiti di ferite e fratture non trattate nel colloquio, insistenza degli adulti sulle continue cadute accidentali del bambino
dinamica dell'incidente in corso non chiara o tentativo dei genitori di non lasciare il soccorritore solo col bambino

presenza di adulti con atteggiamento depresso o che trattengono a stento l'ira
indisposizione a far valutare in p.s. il piccolo

NON DARE SEGNI DEL SOSPETTO DI MALTRATTAMENTI

NON FARE AL BAMBINO DOMANDE DIRETTE SU PESTAGGI O TORTURE

PROPORRE L'ACCESSO IN P.S. ANCHE SE LE LESIONI NON LO RICHIEDEREBBERO

IN OSPEDALE EVIDENZIARE I DUBBI COL PERSONALE MEDICO E DI PUBBLICA SICUREZZA

URGENZE COMUNI NEI BAMBINI

AGGRESSIONE SESSUALE

POSSIBILE MOLESTIE DI TIPO PSICOLOGICO O FISICO, CON UN'AMPIA GAMMA DI MANIFESTAZIONI (DAL DANNO EMOZIONALE ALLE LESIONI CORPOREE)
RARA LA CONFESSIONE DA PARTE DEL BAMBINO

NEL CASO IL PICCOLO DICHIARI LE MOLESTIE SUBITE:
MANTENERE UN ATTEGGIAMENTO PROFESSIONALE
NON ESPRIMERE GIUDIZI SU DI LUI O SULL'AGGRESSORE
FORNIRE LE CURE DEL CASO E INVITARE ALL'ACCESSO IN OSPEDALE
ASSICURARE DELL'AIUTO E DELLA DISCREZIONE DEL PERSONALE DEL P.S.
NON FAR LAVARE O CAMBIARE INDUMENTI PER NON PERDERE PROVE
MANTENERE UN ATTEGGIAMENTO NEUTRO CON I PARENTI
RIFERIRE I SOSPETTI AL PERSONALE MEDICO E DI PUBBLICA SICUREZZA

URGENZE COMUNI NEI BAMBINI

DIFFERENZE CON LA SINDROME DA MORTE IMPROVVISA DEL NEONATO (S.I.D.S.):

MAGGIOR FREQUENZA NEI MESI INVERNALI
NESSUNA LESIONE FISICA O CICATRICE
EVENTUALI FRATELLI NON MOSTRANO SEGNI DI MALTRATTAMENTI
BIMBO BEN NUTRITO, NON TRASCURATO
PRESENZA DEI SEGNI DI MORTE QUALI LIVORE, RIGOR MORTIS,
MARCATO SEGNO DEL PANNOLINO,
DRENAGGIO SCHIUMOSO DALLE VIE AEREE
I GENITORI INSISTONO SULLA SALUTE DEL BIMBO

PRIMO SOCCORSO: P.B.L.S.

LA S.I.D.S. E I MALTRATTAMENTI SONO EVENTI DI ENORME COINVOLGIMENTO EMOTIVO ANCHE PER I SOCCORRITORI