

Serve ancora la borsa del pediatra?



Nonostante la diffusione in tutta Italia del servizio "118" al quale è stata demandata la gestione di tutte le emergenze, e sebbene

con l'affinamento delle tecniche diagnostiche disponibili in ogni ambulatorio di pediatria di famiglia l'effettuazione delle visite a domicilio per casi non di emergenza possa dimostrarsi talvolta non risolutiva, le visite domiciliari rappresentano ancora, in casi ben definiti, un utile e necessario strumento per il pediatra.

Nei rari casi di effettiva intrasportabilità dell'assistito, o in caso di sospetta malattia contagiosa e diffusiva (a meno che il pediatra non disponga di uno studio con sala d'attesa separata, o non lavori su appuntamento), o in caso di malattie immunodepressive che esporrebbero il paziente a rischi di complicazioni o aggravamento, o infine in caso di necessità di valutazione, da parte del medico, delle condizioni di vita familiari, la visita domiciliare può infatti ancora oggi avere un carattere di necessità ed importanza.

Raramente, inoltre, soprattutto in particolari situazioni locali con difficile o non tempestiva accessibilità ad un ospedale, il pediatra di famiglia può ancora incorrere in alcune urgenze per le quali può essere richiesto di effettuare delle visite a domicilio.

Quindi la borsa del pediatra di famiglia è ancora oggi un contenitore necessario, nel quale devono trovare posto gli strumenti ed i farmaci necessari sia per visite programmate, sia per situazioni di emergenza.

La definizione degli strumenti routinari che possono servire per le visite programmate è sicuramente semplice: oltre ai modulari abituali (ricettario privato e ricettario del SSN, elenco telefonico con numeri di emergenza tra cui quelli dei centri antiveleni) saranno necessari degli strumenti e farmaci standard, e degli altri prevedibili sulla base delle esigenze e situazioni del singolo paziente.

Più difficile è la definizione di ciò che può servire per le urgenze, nelle quali il compito del pediatra sarà comunque sempre solo quello di arginare l'urgenza e trasferire il bambino in buone condizioni generali, avendo somministrato i farmaci di primo soccorso e controllato gli indici vitali, fino all'arrivo dell'ambulanza.

Strumenti necessari [N]/utili [U]	
Stetoscopio	N
Termometro	N
Abbassalingua	N
Lampadina	N
Otoscopio	N
Sfigmomanometro con bracciali di diverse misure	N
Martelletto per riflessi	N
Sacchetti per raccolta urine	U
Stick per esame urine	U
Test rapido per ricerca streptococco	U
Ossimetro pediatrico	U
Distanziatore per terapia inalatoria	U
Laccio emostatico	N
Guanti in lattice	N
Salviette disinfettanti	N
Garze sterili	N
Cerotti	N
Siringhe	N
Aghi a farfalla	N

Le urgenze più comuni sono rappresentate quasi sempre da attacchi d'asma, convulsioni, laringite ipoglottica e laringospasmo, o avvelenamento. Molto più raramente: tachicardia parossistica, crisi ipertensiva, scompenso cardiaco, arresto cardio-circolatorio, shock ipovolemico, shock anafilattico, inalazione di corpo estraneo, epiglottite, chetoacidosi, ipocalcemia. Data l'estrema rarità di queste ultime, e dato che comunque quasi sempre il medico conosce il motivo della visita prima di effettuarla, non si ritiene strettamente indispensabile che i farmaci per queste emergenze siano sempre presenti nella borsa

I farmaci nella borsa		
Contenuto farmacologico per visite di routine e per le più comuni emergenze	Farmaco	Posologia
Antipiretici/analgesici	Paracetamolo in gocce, sospensione e compresse Ibuprofene in sospensione e compresse	10-15 mg/kg fino a 12 anni, poi 500 mg-1 g 5 mg/kg fino a 12 anni, poi 200-600 mg
Antibiotici	Amoxicillina in sospensione e compresse Una cefalosporina per via im	50 mg/kg Ad esempio: ceftriaxone 20-50 mg/kg
In caso di shock anafilattico	Adrenalina	10 mcg/kg (0,1 ml/kg della soluzione 1:10000)
In caso di accesso asmatico	Salbutamolo spray Betametasona Prednisone	200-400 mcg (ripetibili anche ogni 20 min) 0,1 mg/kg 1 mg/kg
In caso di crisi convulsiva	Diazepam per via rettale (utilizzando una siringa da insulina o in microclisma)	0,5 mg/kg fino ad un massimo di 10 mg (1 fiala di microclisma)
In caso di emergenze cardiocircolatorie	Diazossido in caso di crisi ipertensiva Furosemide in caso di scompenso cardiaco	3-5 mg/kg ev 2 mg/kg ev o im
In caso di laringite ipoglottica/laringospasmo	Adrenalina (per aerosol) nei casi gravi	1 ml della soluzione 1:1000 diluito in 2-3 ml di soluzione fisiologica

del pediatra, che eventualmente può anche attrezzarsi al momento per rispondere adeguatamente alle esigenze (per esempio prendendo dall'ambulatorio o da casa propria i farmaci e gli strumenti necessari).

Occorre infatti sempre trovare un equilibrio fra l'ideale e il possibile, tra la pretesa di rispondere a tutto quello che può capitare e la necessità di contenere in poco spazio solo quello che può essere veramente necessario. Farebbero parte della dotazione d'urgenza anche strumenti che, per motivi d'ingombro o di utilizzo più raro, in genere non si mettono in borsa (flaconi di fisiologica e glucosata, un Ambu pediatrico per rianimazione, un

set per l'esecuzione di interventi di piccola chirurgia) e che comunque possono trovare posto facilmente nel bagagliaio dell'automobile.

Il contenuto della borsa dovrebbe essere mantenuto fra i 15° e i 25°C, al riparo dalla luce, a portata di mano ma non nella macchina quando fa troppo caldo (oppure, in tal caso, in un contenitore termico).

I farmaci andrebbero sostituiti almeno una volta l'anno (due nelle regioni calde), e più spesso nei periodi estivi per i preparati sensibili al calore. Dopo ogni utilizzo inoltre, in giornata, vanno sempre rimpiazzati i prodotti e gli strumenti adoperati. **bif**

Bibliografia di riferimento

- Nella borsa del medico di medicina generale. BIF 2008; 4: 186-8.
- Makeham MA, Saltman DC, Kidd MR. Lessons from the TAPS study. Management of medical emergencies. Aust Fam Physician 2008; 37: 548-50.
- Neville BG, Chin RF, Scott RC. Childhood convulsive status epilepticus: epidemiology, management and outcome. Acta Neurol Scand Suppl 2007; 186: 21-4. Review.
- Kofler A, Rainer B, Lederer W, et al. Review on the importance of an emergency kit for physicians in out-of-hospital emergencies. Eur J Emerg Med 2006; 13: 380-2.
- British Guideline on the Management of Asthma – SIGN 2006. www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/101/index.html (accesso verificato il 26/03/09).
- Radzik D, Pavanello L. Trattare l'attacco acuto d'asma bronchiale nei bambini con beta2-agonista somministrato mediante spray + distanziatore o con il nebulizzatore? Una revisione sistematica basata sulle evidenze. Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica 2004; 3: 6-10.
- Guida all'uso dei farmaci per i bambini. Ministero della Salute, Direzione generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza, 2003.
- Canciani M. Farmaci essenziali. Occhio Clinico Pediatria 3; 2001.