

URGENZE ADDOMINO – INGUINO – SCROTALI IN PEDIATRIA

A cura dell'infermiera Roberta Di Vito

Gemelli



gen. '19

**Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore**

VOMITO

Espulsione forzata e coordinata del contenuto gastrico attraverso la bocca. E' un segno di uno stato di malessere o di malattia.

Salivazione, scialorrea, conati e rigurgito (nel neonato) non sono considerati vomito.

VOMITO

CARATTERISTICHE QUANTITATIVE

- Vomito occasionale o acuto
- Vomito abituale
- Vomito ciclico o ricorrente

QUALITATIVE

- **Non biliare:** patologie infettive/Infiammatorie (meningite, gastrite); patologie neurologiche (cefalea, trauma cranico, POS, epilessia, disturbi labirintici);patologie muscolari (stenosi ipertrofica del piloro); patologie endocrino-metaboliche e psicologiche. Emesi gravidica.
- **Biliare:** appendicite, aderenze, ernia inguinale incarcerata, invaginazione.

DIARREA ACUTA

E' definita come l'emissione di feci di consistenza diminuita e/o l'aumento della frequenza delle evacuazioni (con o senza la copresenza di febbre e vomito).

Tipicamente dura meno di 7 giorni (non più di 14 giorni). Può essere causata da malattie dell'intestino stesso, ma anche da patologie di altri apparati (allergie/intolleranze alimentari, infezioni delle vie urinarie, sepsi ecc.).

DIARREA ACUTA -DISIDRATAZIONE-

SEVERA se sono presenti 2 o più segni:

- Letargia o ridotto livello di coscienza
- Occhi infossati
- Incapacità totale o quasi di assumere liquidi per via orale.
- Marcata riduzione del turgore cutaneo.

MODERATA se presenti 2 o più segni:

- Irrequietezza o irritabilità
- Occhi infossati
- Bambino molto assetato
- Cute pizzicata torna distesa lentamente

DIARREA ACUTA -DISIDRATAZIONE-

Scala di Gorelick (grado di disidratazione)

| | | | |
|--------------------------------|----|-------------------------------------|----|
| Occhi alonati | 1 | Tempo di Refill >2" | 1* |
| Mucose visibili asciutte | 1 | Polso radiale debole | 1 |
| Pianto senza lacrime | 1 | Tachicardia >150 bpm (senza febbre) | 1* |
| Pliche cutanee persistenti >2" | 1 | Tachipnea | 1* |
| Stato generale compromesso | 1* | Oliguria | 1* |

SCORE: * **red flags (fattori di rischio per disidratazione grave)**

<3 punti: disidratazione lieve < 5%--> codice verde

Da 3 a 5 punti: disidratazione moderata 5-8%--> codice giallo

Da 6 a 10 punti: disidratazione grave ≥ 9%--> codice rosso

DIARREA ACUTA -DISIDRATAZIONE-

| SEGNI E SINTOMI DI DISIDRATAZIONE | NON DISIDRATAZIONE | DISIDRATAZIONE | SHOCK IPOVOLEMICO |
|--|--------------------------------|---|------------------------------|
| | sta bene | ▶ non sta bene, prostrato | ridotto livello di coscienza |
| | vigile e reattivo | ▶ reattività alterata (letargia, irritabilità, ecc) | ridotto livello di coscienza |
| | diuresi normale | increzione della diuresi | oligo/anuria |
| | cute rosea | marezzatura cutanea | cute pallida |
| | estremità normotermiche | estremità normotermiche | estremità fredde |
| | pianto con lacrime | ▶ pianto 'asciutto' | — |
| | mucose normoidratate | mucose asciutte | — |
| | FC nella norma | ▶ tachicardia | tachicardia |
| | FR nella norma | ▶ tachipnea | tachipnea |
| | polsi periferici normosfigmici | polsi periferici normosfigmici | polsi periferici deboli |
| | refill < 2" | refill > 2" | refill >> 2" |
| | normale trofismo della cute | ▶ ridotto trofismo della cute | ridotto trofismo della cute |
| | PA nella norma | PA nella norma | ipotensione |

DOLORE ADDOMINALE ACUTO

E' un sintomo molto comune ed impegnativo, che si può presentare come evento singolo acuto oppure può essere ricorrente (DAR) o, ancora peggio, può cronicizzare.

L'eziologia varia a seconda dell'età del bambino.

DOLORE ADDOMINALE ACUTO

| < 2 aa | 2 - 5 aa | 5 - 12 aa | > 12 aa |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Colica infantile | Gastroenterite | Gastroenterite | Appendicite |
| Gastroenterite | Appendicite | Appendicite | Gastroenterite |
| Stipsi | Stipsi | Stipsi | Stipsi |
| Infezione vie urinarie | Infezione vie urinarie | Dolore funzionale | Dismenorrea |
| Invaginazione | Invaginazione | Infezione vie urinarie | Mittelschmerz |
| Atresia/stenosi | Malrotazione/Volvolo | Trauma | Trauma |
| Malrotazione/Volvolo | Trauma | Faringite | Malattia infiammatoria pelvica |
| Emia strozzata | Faringite | Polmonite | Rottura follicolo/Corpo luteo |
| Malattia di Hirschsprung | Crisi drepanocitica | Crisi drepanocitica | Aborto ritenuto |
| | Porpora Schonlein-Henoch | Porpora Schonlein-Henoch | Gravidanza ectopica |
| | Adenite mesenterica | Adenite mesenterica | Torsione ovaio/testicolo |

INVAGINAZIONE INTESTINALE

E' la causa più comune di occlusione intestinale tra i 3 mesi ed i 6 anni di età, si verifica quando una porzione del tratto digerente si invagina telescopicamente all'interno di un segmento adiacente.

- Ileo-ileale
 - Ileo-colica
 - Colo-colica
- } ✓ Dolore colico intenso ed improvviso alternato ad intervalli di benessere
- ✓ Feci ematiche o a gelatina di ribes
- ✓ Riscontro di massa palpabile quadrante superiore dx

STENOSI IPERTROFICA DEL PILORO

E' causata da un'ipertrofia dello strato muscolare del piloro, che determina ostruzione e rallentamento dello svuotamento gastrico (esordio fra 3-6 settimane di vita).
Si presenta con:

- Vomito alimentare (NON biliare), post- prandiale, violento, con striature di sangue.
- “The hungry vomiter”.
- Scarso accrescimento/perdita di peso.
- Stipsi.
- Segni di disidratazione.
- Ittero.

TORSIONE DEL TESTICOLO

E' un'emergenza chirurgica e consiste nella torsione del funicolo spermatico con conseguente compromissione della vascolarizzazione testicolare fino alla perdita della gonade.

Si suddivide in:

- Extravaginale (prenatale, nel processo di discesa del testicolo nel canale inguinale).
- Intravaginale (età postnatale).

Si presenta con intenso dolore testicolare unilaterale, spesso associato a nausea e vomito.

REFLUSSO GASTRO - ESOFAGEO

E' un processo involontario, determinato dal passaggio di materiale gastrico (rigurgito) in esofago nel periodo post- prandiale.

Si parla di **MRGE** quando il reflusso determina sintomi tali da necessitare di terapia medica o è associato a complicanze (esofagite, bronco-aspirazione).

Si presenta con pianto inconsolabile, inappetenza, tendenza ad inarcare la schiena, tosse cronica, raucedine.

CHETOACIDOSI DIABETICA

E' uno scompenso metabolico causato dalla carenza assoluta di insulina. Rappresenta la più importante emergenza metabolica in età pediatrica.

E' il primo degno di un diabete mellito di tipo I nel 34 – 40% dei casi.

E' la causa maggiore di morbidità e mortalità nei bambini affetti da DM tipo I.

CHETOACIDOSI DIABETICA

SINTOMI

- Poliuria
- Polidipsia
- Disidratazione
- Calo ponderale

Nelle fasi avanzate:

- Vomito
- Dolore addominale
- Tachipnea
- Alito acetone
- Coma

VALUTAZIONE ALLA PORTA

ABCD

Età del bambino

Aspetto del volto

Reattività

Raccolta dei dati

- tempi di esordio dei sintomi e circostanze;
- presenza di altri sintomi (febbre, vomito, dolori addominali);
- caratteristiche qualitative e quantitative del vomito o della diarrea;
- introito di liquidi per os;
- caratteristiche della diuresi e dell'alvo;
- eventuale somministrazione di antidolorifici da parte dei genitori;
- caratteristiche del ciclo mestruale (adolescenti);
- tipo di dolore, sede ed irradiazione
- utilizzo di scale del dolore;
- patologie croniche;
- allergie a farmaci ed alimenti;
- pregressi interventi chirurgici.

Rilevazione dei parametri vitali e breve esame fisico:

- PA, FC, FR, SpO2, HCT, TC;
- Ispezione/palpazione dell'addome (lontano dal punto dolente, con gentilezza, con le mani calde, poste a piatto, mentre si distrae il bambino con semplici domande, osservando il volto del bambino per vedere eventuali reazioni al dolore);
- ricerca di segni/sintomi di disidratazione (CRT, Scala di Gorelick, depressione della fontanella nei lattanti, ridotto turgore cutaneo, pianto senza lacrime, ecc);
- Valutare se presenze irrequietezza/irritabilità o letargia/ ridotto livello di coscienza.

CODICE ROSSO

Compromissione delle funzioni vitali e sintomi/segni da codice rosso e/o:

- Disidratazione severa (score di Gorelick tra 6-10)
- Ematemesi in atto

CODICE GIALLO

Alterazione delle funzioni vitali e sintomi/segni da codice giallo e/o:

- Disidratazione moderata (score di Gorelick 3-5)
- Vomito francamente ematico/biliare/caffeano
- Rettorragia
- Trauma recente (<12ore)
- Insonnia/irritabilità nel lattante
- Intenso dolore addominale con o senza febbre
- Seria tumefazione inguino-scrotale con storia di trauma e dolore scrotale acuto
- Anamnesi positiva per patologie addominali croniche, recenti interventi chirurgici addominali, DVP
- Ingestione o inalazione di sostanze tossiche

CODICE VERDE

Parametri vitali da codice verde

- Disidratazione lieve (score di Gorelick <3)
- Irritabilità consolabile
- Vomito
- Diarrea
- Stipsi ostinata
- Febbre

**Nel caso di patologie scrotali acute,
non è prevista l'attribuzione
del codice colore BIANCO.**

INGESTIONE DI CORPO ESTRANEO

Evento molto frequente in età pediatrica, che generalmente non determina problemi seri.

Possibili **complicanze**:

1. Intrappolamento esofageo (20%);
2. Ostruzione intestinale (rara);
3. Perforazione di viscere;
4. Ascussualizzazione.

EZIOPATOGENESI INTRAPPOLAMENTO ESOFAGEO

Oggetti facilmente
accessibili che destano
la curiosità del bambino
(MONETE, bottoni, biglie,
PILE)

Predisposizione anatomica :
SEDI esofagee di
restringimento
fisiologico (cricofaringeo,
incrocio con bronco
ed aorta, sfintere
esofageo inferiore)

Predisposizione patologica :
PATOLOGIA ESOFAGEA
preesistente,
RITARDO PSICOMOTORIO

Tutti i corpi estranei bloccati in esofago costituiscono una EMERGENZA e DEVONO essere RIMOSSI rapidamente!

- ❑ La reazione locale danneggia la fisiologia esofagea;
- ❑ possibile interessamento secondario delle vie aeree adiacenti;
- ❑ rischio di complicanze: perforazione e mediastinite; fistola tracheo-esofagea, tracheo - aortica (il rischio aumenta con il tempo di permanenza).

INTRAPPOLAMENTO ESOFAGEO SINTOMI

- Spesso bambini asintomatici;
- Dolore al collo e/o retrosternale; Febbre;
- Rifiuto del cibo;
- Disfagia;
- Vomito e/o scialorrea (tracce di sangue nella saliva);
- Sensazione di occlusione/costrizione alla gola;
- Stridore inspiratorio/tosse.

ATTENZIONE!

**ASSICURARSI DELLA PERVIETA' E
DELLA STABILITA' DELLE VIE
AEREE!!**

INGESTIONE DI PILE

L'intrappolamento esofageo è potenzialmente pericoloso (le micro-pile al litio danno necrosi colliquativa):



Immediata rimozione endoscopica
Controllo esofagoscopico seriato

Se c'è passaggio transesofageo è sufficiente l'osservazione.

INGESTIONE DI MAGNETI

I magneti ingeriti dai bambini non sono allarmanti se l'oggetto è singolo.

Nel caso invece il bambino inghiotta più magneti, la forza di attrazione di essi potrebbe schiacciare le pareti intestinali e causare necrosi o perforazioni.

TRIAGE

Valutazione alla porta, raccolta dati mirata, rilevazione dei parametri vitali e breve esame fisico:

- ABCD
- Reattività
- Età del paziente
- Tipologia di corpo estraneo e dimensioni Tempi di ingestione
- Rilevazione dei P.V. (PA, FC, SpO₂, TC, FR)
- Patologie concomitanti (pregressa patologia esofagea)
- Sintomi associati (vomito, febbre, ematemesi, rifiuto del cibo, dolore, disfagia, dispnea ecc.)
- eventuale somministrazione di farmaci

TRIAGE

CODICE ROSSO

- Compromissione dei PV
- Alterazione dei P.V.+ 1 o più sintomi
- Ingestione di oggetto vulnerante e/o tossico

CODICE GIALLO

- Alterazione o non dei PV
- Paziente asintomatico
- Ingestione di oggetto potenzialmente innocuo

CEFALEA -SINTOMI-

Nel bambino piccolo:

- vomito ciclico
- dolori addominali ricorrenti
- vertigini parossistiche benigne
- torcicollo parossistico
- dolori ricorrenti agli arti inferiori (“dolori di crescita”)
- mal d’auto

Il bambino grande avverte in maniera dominante il mal di testa, spesso associato a sintomi di accompagnamento (fotofobia, fonofobia, osmofobia, nausea, vomito, dolori addominali, pallore).

CEFALEA

È una condizione molto comune nei bambini (40 - 50% intorno ai 5 anni e 70 - 75% intorno ai 15 anni).

Cefalee **PRIMARIE:**

- Eemicrania con o senza Aura
- Cefalea tensiva
- Cefalea a grappolo (rara)

Cefalee **SECONDARIE:**

- Infezioni delle prime vie respiratorie
- Patologie infiammatorie meningo - encefalitiche
- Tumori, emorragie, MAV, ESA, ICTUS, ecc.

TRIAGE

Valutazione alla porta

Oltre alla valutazione di base (ABCD) si osserveranno:

- ✓ Lo stato di coscienza
- ✓ Evidenza di deficit neurologici (sensitivi e/o motori)
- ✓ Presenza di vomito
- ✓ Convulsioni in atto

Raccolta dati, rilevazione dei Parametri vitali e breve esame fisico mirato.

- ✓ Rilevazione dei P.V. (PA,FC,GCS,SpO2,FR, TC)

TRIAGE

Chiedere

- Se il bambino ha subito traumi
- Presenza di febbre sine causa apparente
- Cefalea persistente e resistente a terapia antalgica
- Cambiamenti di personalità
- Sintomi associati (vomito, vertigini, deficit focali, disturbi del visus)
- Sintomi sistemici cronici (perdita di peso)
- Abuso di farmaci e/o sostanze
- Patologie associate e pregressi interventi
- NCH (presenza di DVP).

CODICE ROSSO

Compromissione delle funzioni vitali e sintomi/segni da codice rosso e/o

- Segni neurologici motori e sensoriali
- Cefalea fortemente invalidante
- Stato soporoso, confusione
- Rigor nuchalis ed altri sintomi meningei

CODICE GIALLO

Alterazione delle funzioni vitali e sintomi/segni da codice giallo e/o

- Febbre
- Significativa ipertensione arteriosa
- Difficoltà di interagire, incapacità di eseguire comandi semplici
- Severa cefalea
- Convulsioni recenti (< o = 12 ore)
- Gravi disturbi del visus
- Deficit motori e/o sensoriali

CODICE VERDE

- Cefalea intensa
- Convulsione non recente (>12 ore)