

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

TOSSE

La tosse che cos'è?

È un riflesso di difesa con cui il nostro corpo cerca di liberare le vie aeree dalla presenza di una sostanza che tende ad irritarle o ad ostruirle (es. muco, polveri, pollini, cibo ecc.).

Qual è la causa?

La tosse solitamente è legata alle comuni infezioni delle alte vie respiratorie, virali o batteriche. Nei bambini che frequentano l'asilo nido o la scuola materna si ripresenta spesso in modo ricorrente e sembra non guarire mai.

Come si manifesta?

- **Tosse catarrale:** associata a produzione di muco e comunemente chiamata "grassa".
- **Tosse secca:** colpi di tosse ravvicinati ed insistenti.
- **Tosse abbaiente:** con timbro metallico (tosse da "foca" o "cane"). Generalmente si presenta o peggiora di notte, è una infiammazione delle alte vie che si manifesta con difficoltà nella inspirazione (l'aria fatica ad entrare).
- **Tosse sibilante:** con fischi e sibili che la mamma può avvertire accostandosi alla bocca o al torace del bambino (l'aria fatica ad uscire). Può essere un sintomo dell'asma.

Cosa fare?

- facilitare l'espulsione del catarro rendendolo più fluido attraverso lavaggi nasali o aerosol con soluzione fisiologica
- far bere molti liquidi, meglio se caldi
- aerare spesso gli ambienti per evitare l'accumulo di polveri e fumi domestici
- non fumare in casa
- non usare farmaci senza consultare il pediatra

Consultare il pediatra se:

- il bambino ha meno di un anno di età
- il bambino presenta difficoltà a respirare (affanno, frequenza respiratoria aumentata, tosse è abbaiente)
- sono presenti nel muco striature di sangue
- compare uno di questi sintomi: febbre, scadimento delle condizioni generali (incapacità di bere, sonnolenza, irritabilità)
- dopo una prima visita la tosse persiste per oltre 15 giorni

È necessario rivolgersi al 118 se:

- la tosse insorge improvvisamente con segni di grave difficoltà respiratoria
- la pelle assume un colorito blastro
- si sospetta l'inalazione di un corpo estraneo o una grave reazione allergica (es. puntura d'insetto)

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

TOSSE

Come valutare la frequenza respiratoria:

- il bambino deve essere calmo o addormentato
- osservare i movimenti del torace o dell'addome del bambino meglio se spogliato
- contare in 1 minuto i movimenti del torace o dell'addome. Se non si è sicuri è opportuno ripetere il conteggio.

Il bambino potrebbe avere problemi respiratori se:

- da 2 a 12 mesi ha più di 50 respiri al minuto
- da 12 mesi a 5 anni ha più di 40 respiri al minuto



Se non fischia
o non abbaia
e altri sintomi
non ha, la tosse
prima o poi
passerà

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

IMCI Integrated management of Childhood illness, WHO 2001.

<http://www.who.int/child-adolescent-health>
Banderali G, Fisiopatologia della tosse in età pediatrica, suppl. a Doctor Pediatria n 2, febbraio 2002, Ariete Salute edit.

Fontana A, Lavorini F, Pantaleo T, Pistoleri M, La tosse fisiopatologia e clinica, Primula Multimedia 2001.

Venturelli L, Caso G, Marangoni B, L'educazione

alla salute in pediatria di famiglia, Editrice UTET.

Un pediatra per amico anno: Speciale tosse, n. 1 (2) Novembre 2001.

Longo G, Barbi E, La tosse (o le tossi), Medico e Bambino n 10, 2000.

Panizon F, Tre consigli per tre malattie: polmonite, tosse, otite, Medico e Bambino n 1, 2002.

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

MAL D'ORECCHIO? otalgia

Il mal d'orecchio che cos'è?

L'otalgia è un dolore che il bambino avverte a livello dell'orecchio. È uno dei disturbi più frequenti, soprattutto, nei bambini che vanno all'asilo.

Come si manifesta?

- con il pianto nel bimbo molto piccolo che non è ancora in grado di parlare
- con dolore riferito all'orecchio, sensazione di fastidio o sordità nel bambino più grande.

L'otalgia può essere associata a raffreddore e febbre.

Quali sono le cause?

L'orecchio si può ammalare:

- nella sua parte media (timpano), prevalentemente in corso di raffreddore
- nella sua parte esterna (condotto uditivo) per infiammazioni della cute favorite dalla frequentazione di ambienti caldo-umidi (piscina, mare).

Cosa fare?

È utile somministrare paracetamolo per la sua azione antidolorifica. Il dosaggio, che può essere ripetuto ogni 4-6 ore, è il seguente:

- gocce: 3 gocce (gtt) ogni kg di peso, per bocca
- sciroppo: 1 ml ogni 2 kg di peso
- supposte, bustine, compresse: 12,5 mg ogni kg di peso

Non mettere gocce di alcun tipo nell'orecchio.

Non iniziare una terapia antibiotica senza aver consultato il pediatra.

Consultare il pediatra se:

- il dolore persiste dopo la somministrazione dell'antidolorifico
- c'è fuoriuscita di secrezione dall'orecchio

Come prevenire il mal d'orecchio?

- è indispensabile una buona pulizia nasale: nel bambino piccolo attraverso il lavaggio con soluzione fisiologica, in quello più grande insegnando a soffiarsi il naso
- asciugare l'orecchio bagnato con l'angolo di un fazzoletto arrotolato.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Ronfani L., Nibali S., Marchetti F. (per il gruppo di lavoro OMA-ACP), Il trattamento sintomatico dell'otite media acuta: uno studio collaborativo in pediatria ambulatoriale, *Medico e Bambino* 2002; 21:170.

Marchetti F. *et al*, Il trattamento sintomatico della febbre e del dolore nella pratica ambulatoriale, *Medico e Bambino* 2005; 24:47.

Marchetti F. La pratica medica basata sulle prove di efficacia, *Medico e Bambino* 2000; 19:382.

Bartolozzi G. Otite media acuta. *Medico e Bambino*, Novembre 2002.

Richard E., Behrman-Nelson, Trattato Di Pediatria, voci: Otalgia: pp. 1685-87; perdita dell'udito: pp.1687-93; malformazioni congenite: p. 1694; malattie infiammatorie: pp. 1694-95; otite media: pp. 1695-1704; ferite traumatiche dell'orecchio e dell'osso temporale: p. 1705.

Ospedale Pediatrico Gaslini di Genova, Scheda informativa per i pazienti.

Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze, Scheda informativa per i pazienti, Gennaio 2004.

**Pulisci il naso,
asciuga
le orecchie**

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

RAFFREDDORE

Il raffreddore che cos'è?

Il raffreddore è una infiammazione delle vie nasali. Guarisce da solo, anche se è molto fastidioso. Il raffreddore è senz'altro la malattia più frequente dell'età infantile: generalmente il bambino, infatti, si ammala 6-8 volte all'anno, mentre l'adulto, in media 2-4 volte.

Qual è la causa?

Numerosi virus, circa 200, causano il raffreddore e ognuno ha caratteristiche proprie. È perciò normale ammalarsi più volte di raffreddore perché l'organismo, incontrando sempre virus diversi, deve produrre nuove difese, anticorpi, per combattere la malattia.

Come avviene il contagio?

Chi ha il raffreddore elimina il virus con tosse e starnuti soprattutto nei primi 3 giorni di malattia e, a volte, anche fino a 3 settimane dopo l'episodio acuto. Le goccioline piene di virus (espulse da bocca e naso del malato) raggiungono le vie respiratorie delle altre persone direttamente o tramite le mani e gli oggetti contaminati.

Come si manifesta?

I sintomi del raffreddore compaiono in rapida sequenza: il bambino avverte dapprima fastidio al naso e prurito in gola, poi comincia a starnutire e ad emettere muco dal naso a cui si aggiungono stanchezza e, a volte, febbre. Segue una fase di 2-3 giorni con naso chiuso, secrezione giallastra, tosse, perdita dell'appetito, malessere e febbre. Infine si ha la risoluzione dei sintomi in 2-3 giorni, anche se talvolta può persistere per 10-15 giorni.

Consultare il pediatra se:

- la febbre ritorna e i sintomi peggiorano
- lo scolo nasale dura più di 10 giorni
- ha altri sintomi oltre a quelli elencati sopra
- il bambino ha meno di 3 mesi.

Cosa fare?

- mantenere pulite le narici del bimbo con soluzioni saline
- tenere il capo del bimbo sollevato durante la notte per farlo dormire meglio
- dare al bimbo un adeguato apporto di liquidi, acqua, tè decaffeinato, spremute, latte... e alimenti, quali frutta e verdura, ricchi di vitamina C
- somministrare un farmaco antipiretico se il bambino ha una febbre superiore a 38,5°C
- ricordare che l'antibiotico non serve per curare il raffreddore, come non serve per tutte le infezioni virali.

Come limitare la diffusione del virus?

- coprire la bocca e il naso, durante la tosse e gli starnuti, con un fazzoletto e buttarlo nel cestino
- pulire spesso le mani quando si tossisce o starnutisce
- lavare le mani in modo corretto usando acqua e sapone per un periodo sufficientemente lungo: dire al bimbo che conti fino a 20 prima di smettere
- se il bimbo è piccolo è necessario compiere per lui le azioni qui riportate
- queste raccomandazioni, naturalmente, valgono anche per i genitori...

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

RAFFREDDORE

Come eseguire il lavaggio nasale:

1. fare sdraiare il bambino a pancia un su
2. fare inclinare la testa a sinistra e introdurre con una siringa senza ago la soluzione salina nella narice destra
3. ripetere l'operazione nella narice opposta (la sinistra) dopo aver fatto inclinare la testa a destra
4. il flusso va mantenuto fino alla fuoriuscita di liquido limpido dall'altra narice
5. sollevare delicatamente la testa del bambino e la soluzione colerà dalle sue narici liberandogli il nasino.

È importante che il beccuccio venga inserito in maniera ermetica all'interno della cavità nasale, lungo l'asse della narice ed in posizione perpendicolare rispetto al piano del viso, perché il procedimento riesca.



Come si prepara la soluzione salina?

È molto semplice prepararla in casa e con costi bassissimi.

Si fa così:

1. bollite 1 litro di acqua del rubinetto lasciandola poi raffreddare
 2. aggiungete 2-3 cucchiaini da tè di sale, 'sale grosso da cucina' (non il sale da tavola in quanto contiene additivi)
 3. aggiungete un cucchiaino da tè di bicarbonato di sodio che funziona da tampone e che neutralizza il bruciore provocato dal sale marino.
- È pronta!

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Goldman DA, Epidemiology and Prevention of Pediatric Viral Respiratory Infections in Health Care Institutions, Emerg Infect Dis 2001.

Heikkinen T, Jarvinen A, The Common Cold, Lancet 2003; 361: 51-59.

Pfeiffer WF, A Multicultural Approach to the

Patient who has a Common Cold, Pediatrics in Review 2005; 26: 170-175.

Musher DM, How Contagious are Common Respiratory Tract Infections? N Engl J Med 2003; 348: 1256-1266

**Copri
la tua tosse,
Lava
le tue mani**

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

COLICHE GASSOSE

Le coliche gassose che cosa sono?

Le coliche gassose sono il cosiddetto "mal di pancia" del lattante. Compaiono di solito nella seconda settimana di vita e si protraggono fino al 3°- 4° mese. Si presentano più frequentemente nel tardo pomeriggio o sera e si manifestano con pianto inconsolabile, flessione degli arti inferiori, addome gonfio e teso ed espulsione di gas.

Possono durare per 1-3 ore. Sono un evento molto frequente nel lattante, sia nei bambini allattati al seno, sia in quelli alimentati con latte artificiale.

Quali sono le cause?

Nella maggior parte dei casi non ci sono cause evidenziabili. Le coliche possono dipendere da cause gastrointestinali quali: immaturità ed eccessiva motilità dell'intestino del piccolo lattante, flora intestinale non ancora ben sviluppata, ingestione di aria. Talvolta le coliche possono essere una manifestazione di allergia alle proteine del latte vaccino o ad altri alimenti assunti dalla madre. Le preoccupazioni, le paure e le ansie della mamma possono essere percepite dal bambino e contribuire alla persistenza delle coliche e al peggioramento del pianto.

Cosa fare?

Anche se, nella maggior parte dei casi, non è possibile individuare una causa precisa per le coliche, per cui risulta difficile trovare degli interventi efficaci, è importante:

- escludere che il bambino pianga per altri motivi: fame, freddo, caldo, sonno, igiene personale, problemi che causano dolore o prurito
- consolare il bambino massaggiando delicatamente il pancino cullandolo: le manovre consolatorie spesso danno buoni risultati
- provare a sospendere l'alimento sospetto, se si pensa che la causa sia allergica (consultarsi con il pediatra).

Quando consultare il pediatra?

Di solito le coliche non rappresentano un problema per il normale sviluppo del lattante.

Nel caso in cui dovessero aumentare di intensità e frequenza è opportuno parlarne col pediatra.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Giorgi PL, Le coliche del primo trimestre: sono ancora una sfida per il pediatra?, Edit-Simposia, Ancona 2000.

Richard E, Behrman-Nelson, Trattato Di Pediatria, Minerva Medica, Torino 2002.

Staubam B, Sindrome delle coliche infantili., In Pediatria di base: un approccio orientato ai

problemi, MEDISER 1991.

Panizon F, Coliche del lattante, in Pediatria pratica, Edizioni Medico Scientifiche, Torino 1991.

Siti Internet:
www.neonatalogiaonline.it
www.margheritanet.it

**Il bambino
con le coliche
non è malato
ma sta meglio
se coccolato**

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

DIARREA

La diarrea che cos'è?

La diarrea è l'emissione di numerose scariche di feci liquide o non formate che possono anche contenere muco e talvolta sangue. Può associarsi a vomito, mal di pancia, febbre. Spesso è causata da infezioni dovute a virus, più raramente a batteri o parassiti, che arrivano all'organismo attraverso la bocca. La diarrea nella maggior parte dei casi non è una malattia grave.

Cosa fare?

- se il bambino è allattato al seno, offrire il seno più frequentemente e per più tempo
- far bere il bambino a volontà, a piccoli sorsi: soluzioni reidratanti fresche, eventualmente alternate ad acqua o tè deteinato poco zuccherato.

La quantità di liquidi da dare al bambino in aggiunta a quelli che beve normalmente dovrebbe essere:

- nel bambino fino a 2 anni 50 ml per ogni scarica
- nel bambino sopra i 2 anni 100 ml per ogni scarica

Se il bambino ne ha voglia si possono offrire cibi semplici e facilmente digeribili.

Consultare il pediatra se:

- nel lattante il numero delle scariche è superiore a 6-8 nella giornata
- il bambino è abbattuto, non ha voglia di giocare, non sorride, non risponde agli stimoli, oppure è particolarmente irritabile
- presenta segni di disidratazione, cioè eccessiva perdita di liquidi dall'organismo. La disidratazione può essere riconosciuta dall'osservazione del bimbo: ha la bocca secca, ha molta sete, produce poca pipì nella giornata (nel bambino piccolo il pannolino è poco bagnato o asciutto)
- il bambino continua ad avere febbre elevata o mal di pancia intenso e persistente.

Come limitare il contagio?

È necessario prestare molta attenzione all'igiene:

- lavarsi spesso le mani e farle lavare spesso al bambino ammalato
- cambiare spesso il pannolino al bambino piccolo
- disinfettare water e bidet con varechina.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Bartolozzi G, Guglielmi M, Pediatria, Masson, Milano 1998.

Brown J, Pediatria al telefono, Mediserve, Milano 1996.

Eisenberg A, Murkoff H, Hathaway S, What to expect the toddler years, Workman Publ, New York 1994.

Green M, La diagnostica differenziale in pediatria, Minerva Medica, Torino 1994.

Schmitt BD, Pediatric telephone advice, Lippincott-Raven, Philadelphia 1999.

Venturelli L, Caso G, Marengoni B, La grande enciclopedia del bambino, Sfera, Milano 2001.

**Bevi
per guarire
Lavati le mani**

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

FEBBRE

La febbre che cos'è?

La febbre è un aumento della temperatura corporea. È una naturale reazione di difesa del nostro corpo, quando viene aggredito da un virus, da un batterio o da altro. È un fenomeno utile perché aiuta a distruggere più velocemente i germi e stimola la produzione di anticorpi. La febbre, pertanto, non va subito abbassata, specialmente se le condizioni generali del bambino si mantengono buone.

La febbre è, in ogni caso, un sintomo, non una malattia.

Come si misura?

Con il termometro tradizionale oppure con quello digitale.

È preferibile scegliere la sede ascellare o inguinale.

È necessario asciugare il sudore all'ascella o all'inguine, mettere il termometro e mantenerlo per circa 3-5 minuti tenendo incrociato il braccio o la coscia, in modo che l'arto del bambino stia fermo.

È possibile misurare la febbre anche a livello rettale introducendo il termometro nel sederino per circa 1-2 cm e mantenendolo in tale posizione per circa 3 minuti; in questa sede è meglio usare il termometro digitale.

Quando si parla di febbre?

- quando la temperatura esterna del corpo (misurata sotto l'ascella o all'inguine) supera i 37°C-37.2°C
- quando la temperatura interna rettale (misurata nel sederino) supera i 37.5°C-37.8°C.

La febbre è bassa fino a 38°C, media tra i 38°C e i 39°C, alta se supera i 39°C.

Cosa fare?

1. coprirlo moderatamente per facilitare la sudorazione e il conseguente sfebbramento; solo quando sono presenti brividi o il bambino sente freddo è bene coprirlo
2. idratarlo, dandogli da bere a piacere e a piccoli sorsi
3. non forzare il bimbo a mangiare perché è normale che abbia poca fame
4. non fare spugnature fredde perché possono fare aumentare i brividi
5. non tenere il bambino in ambiente troppo caldo

Quali farmaci somministrare?

I farmaci contro la febbre (antipiretici), sono il paracetamolo e l'ibuprofene, quest'ultimo da usarsi dopo che il bimbo ha compiuto 3 mesi:

- vanno somministrati se la temperatura corporea supera i 38.5°C misurata a livello ascellare o 39°C misurata a livello rettale
- è preferibile somministrare il farmaco per bocca, perché è meglio assorbito ed è più facile adeguare la dose al peso del bambino; in caso di vomito o di rifiuto delle altre preparazioni la supposta è un'alternativa (ricordare che la supposta non deve mai essere tagliata per evitare errori di dosaggio).

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

FEBBRE

Paracetamolo, dosaggio e modalità di somministrazione:

- gocce: 3 gtt. ogni Kg di peso
- sciroppo: 1 ml ogni 2 Kg di peso
- supposte, compresse e bustine: 12,5 mg ogni Kg di peso.

I farmaci a base di paracetamolo si possono somministrare ogni 4-6 ore se si usano per bocca, ogni 6-8 ore se si usano per via rettale (solo se la febbre si mantiene elevata o ritorna elevata).

Ibuprofene, dosaggio e modalità di somministrazione:

- sciroppo: 3 ml ogni 10 Kg di peso.

I farmaci a base di ibuprofene si possono somministrare, se necessario, ogni 8 ore.

Quando consultare il pediatra?

- in prima giornata se il bambino è molto piccolo e sono le prime volte che si ammala
- dopo 24/48 ore se il bambino è più grandicello e ha sintomi lievi o poco disturbanti. Una visita troppo precoce può non offrire al pediatra elementi sufficienti per formulare una diagnosi corretta
- con urgenza se:
 - il bambino ha meno di 3 mesi
 - la temperatura è molto alta
 - è molto irritabile, piange continuamente ed è difficilmente consolabile
 - è molto sonnolento e si fa fatica a svegliarlo
 - ha un colorito pallido o grigiastro
 - fa fatica a muovere la testa e il collo
 - ha un respiro frequente ed affannoso
 - ha un forte mal di pancia
 - compare una convulsione (in questo caso è opportuno recarsi in Pronto soccorso).

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Calvani M, Pizzoli M, La gestione della febbre nel bambino: istruzioni per l'uso, Area Pediatrica, Giugno 2004.

American Accademy of Pediatrics, Acetaminophen toxicity in children, Pediatrics 2001; 108: 1020-4.

Giusti MP, Marchetti F, Tognoni G, Bonati M, Uso dei fans in pediatria: Trattamento della febbre e delle infezioni respiratorie acute: una revisione della letteratura, Medico e Bambino 1999; 14:285-91.

Grimaldi V, Macchiaiolo M, Buonuomo S, Marchetti F, Speciale febbre. Un Pediatra per Amico, Settembre 2001: 19-29.

Marchetti F, Bua J, Maschio M, Barbi E, Il trattamento sintomatico della febbre in e del

dolore nella pratica ambulatoriale, Medico e Bambino 2005; 24:47-54.

Duce SJ, A systematic review of the literature to determine optimal methods of temperature measurement in neonates, infants and children, Database of Abstract of Reviews of Effectiveness 1996.

Narang AS, Fever: to treat or not to treat. Contepoint, Cl. Pediatr 2002; 41: 9-16.

Russel FM, Shann F, Curtis N, Mullholland K, Evidence on the use of paracetamol in febrile children. Bulletin of the World Health Organization 2003; 81:367-72.

**Osserva
il tuo bambino
non solo
la sua febbre**

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

RIGURGITTO

Il rigurgito che cos'è?

Il rigurgito è la fuoriuscita spontanea di latte o piccole quantità di cibo dalla bocca con poca spinta e senza sforzo. È un fenomeno frequente che non influisce sulla salute del bambino. Si presenta più spesso quando il bambino viene lavato o cambiato o abbracciato o dopo aver mangiato molto o molto in fretta, vicino o lontano da un pasto.

Qual è la causa?

Il rigurgito è provocato da un ritorno di latte o cibo dallo stomaco all'esofago (chiamato "reflusso gastro-esofageo") in quanto i muscoli che abbracciano l'inizio dello stomaco sono ancora immaturi.

Questo succede perché il bambino piccolo è un essere che cresce, perciò anche il suo stomaco come gli altri organi, matura pian piano e di solito entro i due anni garantisce una chiusura efficace.

Cosa fare?

Nella maggior parte dei casi non è necessario fare nulla. Per cercare di ridurre il numero dei rigurgiti, può essere utile:

- non cambiare il bambino immediatamente dopo il pasto
- mettere il bambino a dormire a pancia in su e con il letto sollevato di circa 30 gradi dalla parte della testa.

I bambini allattati al seno dovranno continuare l'allattamento a richiesta.

Solo per i bambini allattati artificialmente, il pediatra indicherà, se necessario, l'aggiunta al latte di sostanze ispessenti o l'utilizzo di altri tipi di latte.

Consultare il pediatra se:

il rigurgito si associa ad altri sintomi come pianto insistente (soprattutto durante o dopo il pasto), rifiuto del cibo, rallentamento o arresto della crescita.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Amarri S, Reflusso gastro-esofageo nel lattante, Collana edit. Gastroenterologia pediatrica pratica, Pacini editore 2004.

Beattie RM, Managing gastro-oesophageal reflux in infants and children, J Fam Health Care 2003; 13:98-101.

Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition, J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 32:21-31.

Nelson SP, Chen EH *et al*, Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during

infancy. A pediatric practice-based survey. Pediatric Practice Research Group, Arch Ped Adolesc Med 1997; 151:569-72.

Orestein SR, Shalaby TM *et al*, JPediatr Gastroenterol Nutr, 2002; 34:506-10.

Salvatore S, Vandeplas Y, Gastro-oesophageal reflux and cow milk allergy: is there link?, Pediatrics 2002; 110:972-84.

Vandeplas Y, Badriul H, Salvatore S, Hauser B, Pharmacotherapy of gastro-oesophageal reflux disease in children: focus on safety, Expert Opin Drug Saf 2002; 1:355-64.

**Quando
il bambino
sta bene
e cresce in peso
non occorrono
farmaci
né esami**

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

STIPSI

La stipsi che cos'è?

La stipsi è l'evacuazione rara e difficoltosa di feci dure. Solo in alcuni casi può essere il sintomo di una malattia.

Quali sono le cause nel lattante?

Il numero di scariche in un lattante può variare molto. Alcuni bambini, infatti, possono non evacuare anche per diversi giorni, senza che ciò costituisca un problema se le loro feci sono morbide e, pur spingendo forte, non mostrano sofferenza.

Può accadere, infatti, che il bambino non sia ancora in grado di coordinare la muscolatura necessaria per una valida spinta.

A volte, anche il semplice cambiamento di alimentazione, il passaggio dal latte materno a quello artificiale o l'introduzione di cibi solidi, può essere causa di difficoltà a "fare la cacca".

Quali sono le cause nel bambino più grande?

La stipsi è frequente nel bambino di due anni e mezzo/tre. A quest'età il bambino sta vivendo importanti cambiamenti, quali, ad esempio, l'abbandono del pannolino: ciò può provocare un iniziale rifiuto del vasino con conseguente ritenzione volontaria delle feci. Feci che diventano molto dure e grosse e causano dolore all'evacuazione.

Proprio l'esperienza del dolore può indurre il bambino a ritardarne il più possibile l'emissione. Questo comportamento può favorire la formazione di ragadi anali, piccole ferite dolorose, con possibili perdite di sangue.

Un altro momento critico può essere quello dell'ingresso nel mondo della scuola a causa del cambiamento di abitudini.

Cosa fare?

Se le evacuazioni sono veramente difficoltose ricordare che:

- > nel bambino allattato artificialmente può essere sufficiente farlo bere più spesso
- > nel bambino già svezzato è utile aumentare la quantità di frutta, verdura e cereali
- > nel bambino più grande è importante fare molta attenzione a quello che mangia. La sua alimentazione deve essere ricca di fibre (frutta, meglio se fresca e con la buccia, verdura, cereali integrali, legumi)
- > è necessario aumentare il consumo di liquidi
- > è importante abituare il bambino ad un uso corretto del vasino/water. Il bimbo va accompagnato in bagno ad orari fissi, subito dopo i pasti e lasciato tranquillo per non più di 10 minuti per volta, anche se non ha evacuato. Deve stare comodamente seduto, utilizzando il riduttore per il water se necessario, con i piedi ben appoggiati a terra e non "penzoloni". Può essere utile l'uso di uno sgabello adeguato per appoggiare i piedi se utilizza il water
- > il bambino deve essere lodato e incoraggiato quando il tentativo riesce, non sgridato in caso di insuccesso
- > spesso occorre parecchio tempo prima che la situazione si normalizzi.

I microclismi e le supposte di glicerina vanno usati solo come rimedi temporanei. Prima di utilizzare clisteri e farmaci rivolgersi al proprio pediatra.

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



Come si può preparare un clistere

Miscelare 15 ml di soluzione fisiologica e 2 ml di olio di vaselina per ogni kg di peso del bambino (ad esempio per un bambino di 10 kg 150 ml di fisiologica e 20 ml di vaselina) mettere la soluzione ottenuta in una peretta, far sdraiare il bambino sul fianco sinistro introdurre delicatamente il beccuccio nell'ano e spremere lentamente il contenuto della peretta.



STIPSI

Con tanta
pazienza
e una corretta
alimentazione,
comodo
sul vasino avrai
la soluzione!

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Medico e Bambino: 22 (9) novembre 2003; 21 (10) dicembre 2002; 19 (1)-gennaio 2000.

Prontuario Pediatrico, Guida alla terapia, 2004.

Materiale didattico del Corso di Aggiornamento in Gastroenterologia Pediatrica a cura del Dr. Sergio Amarri, Sassuolo 19/02/2004.

Rudolph A, Manuale di pediatria, McGraw-Hill Companies 2003.

Ventura A. Gastroenterologia per il pediatra, Nuova Italia Scientifica 1993.

Il suo Pediatra risponde

schede informative a cura di

Pediatrici di Libera Scelta

Laboratorio per il Cittadino Competente

(Sistema Comunicazione Ausl Modena)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

VOMITO

Il vomito che cos'è?

Il vomito è una violenta espulsione di sostanze dallo stomaco attraverso la bocca, spesso preceduto da nausea e accompagnato da dolori allo stomaco e alla pancia.

Di solito si tratta di un sintomo passeggero.

Spesso è causato da virus e, per questo, può manifestarsi ripetutamente.

Il vomito è diverso dal rigurgito. Il rigurgito è la fuoriuscita spontanea di latte o piccole quantità di cibo dalla bocca con poca spinta e senza sforzo.

Cosa fare?

- offrire il seno più frequentemente, se il bambino è allattato al seno
- far assumere al bambino, in modo graduale, liquidi (soluzioni reidratanti fresche, eventualmente alternate ad acqua, tè deteinato con poco zucchero) nelle dosi seguenti:
 - > 3 cucchiaini ogni 10 minuti, nei bambini di età inferiore ad 1 anno
 - > 3 cucchiaini ogni 5 minuti, nei bambini di età superiore
- se il bambino vomita di nuovo, aspettare 10 minuti e poi riprendere l'offerta di bevande più lentamente, quando il bambino li accetta, si torna agli alimenti solidi, semplici e facilmente digeribili.

È necessario dare farmaci al bambino?

I farmaci antivomito devono essere sempre prescritti dal pediatra.

Consultare il pediatra se:

- il bambino è abbattuto, non ha voglia di giocare, non sorride, non risponde agli stimoli, oppure è particolarmente irritabile
- presenta segni di disidratazione, cioè eccessiva perdita di liquidi dall'organismo. La disidratazione può essere riconosciuta dall'osservazione del bimbo: ha la bocca secca, ha molta sete e fa poca pipì nella giornata (pannolino poco bagnato o asciutto)
- il vomito si presenta con sangue
- il bambino ha avuto un trauma cranico nelle 24/48 ore precedenti
- oltre al vomito è presente febbre superiore a 38°C
- il bambino vomita più volte nella giornata
- si sospetta l'assunzione accidentale di sostanze tossiche.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Bartolozzi G, Guglielmi M, Pediatria., Masson, Milano 1998.

Brown J, Pediatria al telefono, Mediserve, Milano 1996.

Eisenberg A, Murkoff H, Hathaway S, What to expect the toddler years, Workman Publ, New York 1994.

Green M, La diagnostica differenziale in pediatria, 1994.

Schmitt BD, Pediatric telephone advice, Lippincott-Raven, Philadelphia 1999.

Venturelli L, Caso G, Marengoni B, La grande enciclopedia del bambino, Sfera, Milano 2001.

**Bevi
per guarire
Lavati le mani**