

Queste pagine rappresentano la finestra su "Medico e Bambino"  
cartaceo dei contributi originali delle pagine elettroniche.  
I testi in extenso sono pubblicati on line.

## MALNUTRIZIONE SEVERA E RIABILITAZIONE PSICOMOTORIA. UN'ESPERIENZA IN ANGOLA

Erica Dudine

Fisioterapista, Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa,  
Ospedale Maggiore, Trieste

Indirizzo per corrispondenza: redazione@medicoebambino.com

### SEVERE MALNUTRITION AND PSYCHOMOTOR REHABILITATION. AN ANGOLAN EXPERIENCE

**Key words** Severe malnutrition, Rehabilitation, Africa,  
Psychomotor retard

#### Summary

Severe malnutrition is a condition that shows high mortality. It is usually treated in hospital by following a nutritional rehabilitation protocol that should also include a period of psychomotor stimulation, which, out of necessity, is frequently ignored. An objective evaluation of a group of 30 hospitalized children showed an average psychomotor retard of about 3 months. Half of these children underwent a targeted rehabilitation programme realized through the mother. Upon discharge, the retard seemed partially recovered, but there were not significant differences between the active and the control group. However, after a month from discharge, the results in the active group are remarkably better than in the control group: only 13% of the children of the first group show an equal or higher than 2 month retard versus 27% of the control group; 53% of the "treated" versus 27% of the "controlled" children shows a score that mirrors a motor development proper to their age.

**La malnutrizione severa in Angola e nel mondo** - La definizione di malnutrizione severa è stabilita dal WHO da un rapporto < 0,70 tra peso reale e peso appropriato per l'altezza (*marasma*), ovvero dalla presenza di edemi da fame (*kwa-shiorkor*).

La terapia principale consiste nella riabilitazione nutrizionale. Colei che si occupa di questa rialimentazione, basata sulla regola delle piccole razioni distribuite in almeno 12 pasti, è la madre.

Nei "dieci passi" indicati dal WHO è compreso un intervento di stimolazione sensoriale. Tuttavia, nella situazione precaria in cui si svolge tale riabilitazione, lo spazio per un intervento *ad hoc* manca. L'opportunità che mi è stata offerta di effettuare uno stage presso l'*Hospital da Divina Providencia*, a Luanda, mi ha dato l'occasione di effettuare una ricerca sul campo, per valutare l'efficacia di un intervento mirato di riabilitazione neuro-motoria.

**Il livello psicomotorio dei bambini malnutriti** - Per la valutazione del livello psicomotorio è stata utilizzata la scala di Bayley. I 30 bambini che ho potuto seguire durante la degenza e poi nel

follow-up domiciliare avevano, al momento della prima valutazione con Bayley, un'età cronologica compresa tra i 9 e i 14 mesi con un ritardo psicomotorio medio di circa 3,2 mesi per ciascun gruppo di età.

La media dei punteggi grezzi è risultata pari a 52,9, corrispondente a un indice di sviluppo (MDI) di 68.

In particolare apparivano compromesse le capacità di spostamento orizzontale e verticale: il 94% dei bambini non gattonava (item 43 della scala di Bayley); il 97% dei bambini nemmeno cercava di camminare (item 53); l'83% dei bambini non sapeva passare dalla posizione coricata alla posizione seduta (item 47); il 93% non sapeva passare dalla posizione seduta alla posizione eretta (item 52). Risultavano molto deficitarie le capacità elaborate in posizione prona: all'item 24 (da prono, mantenere il capo con controllo a 90°) solo il 13% ha ottenuto un punteggio positivo.

**L'intervento riabilitativo** - Di questi 30 pazienti, 15 sono stati sottoposti a un trattamento riabilitativo mirato; gli altri 15 sono stati considerati come controlli. Il punteggio grezzo medio alla scala di Bayley è stato di 52,73 per il gruppo "intervento" (MDI medio 68,86) e di 53,2 (MDI medio 68,33) nei "controlli". Il test di Mann-Whitney dava un *p-value* pari a 0,8519, corrispondente a 85%, non significativo.

Il programma di trattamento è passato principalmente attraverso una educazione alla madre, e può essere così sintetizzato.

Migliorare la postura, col capo mai in estensione, posizione semiflessa del tronco, modalità corrette di contenimento e stabilizzazione (*holding*), adeguate manovre per maneggiare il bambino durante il pasto (*handling*) promuovendo la stabilità e la percezione della linea mediana.

Sollecitare la componente relazionale durante il pasto (toccare, odorare, ascoltare).

Stimolare un allattamento più consapevole, migliorando la capacità di contenere il bambino, l'attenzione allo scambio, l'aspetto emozionale-affettivo.

Proporre la promozione prona da sveglia, allo scopo di migliorare il controllo del capo, sollecitando la madre a porsi col volto alla stessa altezza del volto del bambino.

Utilizzare il decubito laterale per promuovere il gioco sulla linea mediana, le attività di coordinazione occhio-mano-bocca e l'interazione con l'oggetto.

Proporre il "gioco evolutivo" in modo tale che esso possa stimolare strategie per la conquista dell'autonomia e stimolare il bambino a eseguire passaggi da una posizione all'altra in modo indipendente, con la minore quantità possibile di aiuto e di sostegno.

Creare giocattoli semplici, lavorando alla loro costruzione con la madre.

**I risultati** - Al momento della dimissione tutti i bambini risultano molto migliorati.

Rispetto alla partenza, l'insieme dei due gruppi registrava un guadagno medio di 4 punti (corrispondente a circa +2 mesi).

Il guadagno del gruppo di intervento era superiore, ma non significativamente, rispetto a quello del gruppo di controllo.

A un mese di distanza dalla dimissione, il miglioramento appare

consolidato in entrambi i gruppi, ma nel gruppo "intervento" i risultati sono sensibilmente migliori che nei controlli: solo il 13% dei bambini del gruppo "intervento" ha 2 mesi di ritardo contro il 27% dei "controlli"; e ben il 53% dei trattati contro il 27% dei "controlli", ha un punteggio che rispecchia uno sviluppo motorio adeguato all'età. I punteggi grezzi medi sono stati: 64,8 (MDI 98,6) per il gruppo "intervento" e 62,46 (MDI 88,46) per il gruppo "controllo". Il test di Mann-Whitney applicato agli indici di sviluppo dà un

valore di *p-value* pari a 0,0074, corrispondente allo 0,7%, molto significativo.

**Le conclusioni** - L'intervento di riabilitazione psicomotoria dei bambini malnutriti non è un lusso. I suoi risultati maggiori si evidenziano nel periodo domiciliare di consolidamento: a questo momento più della metà di soggetti sottoposti all'intervento e poco più di un quarto dei controlli hanno riguadagnato pienamente il ritardo di sviluppo.

## LE POLMONITI DI COMUNITÀ: MIGLIORARNE IL TRATTAMENTO SIA SUL TERRITORIO CHE IN OSPEDALE CON UN PROTOCOLLO COMUNE

P. Siani<sup>1</sup>, L. de Seta<sup>2</sup>, F. Saitta<sup>3</sup>, F. Antonelli<sup>1</sup>, B. Niglio<sup>3</sup>, F. Pannuti<sup>2</sup>, M. De Vivo<sup>2</sup>, L. Cioffi<sup>3</sup>, P. Causa<sup>3</sup>, P. Metafora<sup>3</sup>, P. Ercolini<sup>4</sup>, A. Miglietta<sup>4</sup>, T. Montini<sup>4</sup>, G. Rasca<sup>4</sup>, A. Esposito<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UOC di Pediatria, AORN A. Cardarelli, Napoli; <sup>2</sup>UOC di Pediatria, Ospedale S. Paolo, Napoli; <sup>3</sup>UOC di Pediatria, Ospedale S. Maria delle Grazie, Pozzuoli (Napoli); <sup>4</sup>PdF ASL Na1; <sup>5</sup>PdF ASL Na2

Indirizzo per corrispondenza: paolo.siani@ospedecardarelli.it

### COMMUNITY PNEUMONIAS: IMPROVING ITS TREATMENT BOTH ON THE TERRITORY AND IN HOSPITAL USING A COMMON PROTOCOL

**Key words** Community acquired-bronchopneumonias, Guidelines, Family paediatrician, Hospital paediatrician

**Summary** The present treatment of community acquired-bronchopneumonias is rarely consistent to the international guidelines. The hospital records of 58 children and the clinical sheets of 52 cases treated at home during a period of 6 months have been reviewed. The guidelines of Cincinnati Children Hospital Medical Center and of the British Thoracic Society have been presented to and discussed among the family and hospital paediatricians involved and the deviations of the behaviour with respect to the relative indications have been evaluated (excessive utilization of control radiography, excessive and improper first choice of a macrolide and of cefalosporines rather than of amoxicilline, excessive use of intramuscular administration). Finally, 135 medical records of hospitalized children and 65 of children treated at home have been evaluated in the following 6 months: very significant improvements have been recorded upon the management of these patients.

Il trattamento corrente delle broncopneumoniti contratte in comunità raramente è conforme alle linee guida internazionali, sia nella pratica ospedaliera che nella gestione domiciliare. Una rivalutazione oggettiva dei rispettivi comportamenti ha coinvolto il personale di 3 reparti ospedalieri e 9 pediatri di famiglia. In una prima fase sono state riviste le cartelle di ricovero di 58 bambini di età compresa tra 1 mese e 14 anni curati in ospeda-

le e le schede cliniche di 52 casi curati a domicilio nel corso dei 6 mesi precedenti.

Sono state successivamente presentate e discusse, tra i pediatri di famiglia e i pediatri dei reparti ospedalieri coinvolti, le linee guida del *Cincinnati Children Hospital Medical Center* e della *British Thoracic Society*. In sintesi le due linee guida concordano sui seguenti punti: non utilizzare per la scelta della terapia né la VES né la PCR, troppo aspecifiche, e solo con riserva la conta dei neutrofili; non utilizzare routinariamente la radiografia del torace, ma solo nei casi a evoluzione protratta, quando si sospetta una complicanza, in presenza di sintomi non chiari, e semmai, tendenzialmente, nei bambini di età < 5 anni, senza cercare di trarne conclusioni ai fini della scelta dell'antibiotico; rinunciare, nella routine, alla radiografia di controllo; scegliere di regola l'amoxicillina per os come primo farmaco almeno nei bambini sotto i 5-6 anni e considerare l'associazione con un macrolide (nei casi più gravi), o comunque l'uso di questa classe di farmaci come prima scelta al di sopra di questa età. Infine sono state valutate 135 cartelle cliniche di altrettanti bambini ricoverati nei 6 mesi successivi e le schede cliniche di 65 bambini trattati a domicilio nello stesso periodo.

Nella fase retrospettiva della ricerca l'amoxicillina era stata la prima scelta nel 17,2% dei casi trattati in ospedale e nel 17,3% dei casi trattati a domicilio. Nella fase prospettica tale scelta è salita rispettivamente al 64,4% in ospedale e al 67,7% a domicilio. Contemporaneamente la scelta in prima battuta del macrolide è scesa dal 17,2% all'11,8% nella pratica ospedaliera e dal 75,0% al 29,2% nella pratica domiciliare. L'uso della cefalosporina per via intramuscolare, in ospedale, è sceso dal 60,3% al 14,1%. Tutte queste modificazioni hanno una significatività statistica > 0,001, eccetto quella concernente l'uso ospedaliero del macrolide.

Una radiografia al momento del ricovero è stata effettuata in tutti i casi ospedalieri, e in nessuno dei casi trattati a domicilio. Un controllo radiologico pre-dimissione è stato fatto nel 50% dei casi nella fase retrospettiva, nel 21,5% dei casi nella fase prospettica.

Una misurazione della saturazione di O<sub>2</sub> è stata effettuata solo nel 56,9% dei casi durante la fase retrospettiva e nel 93,3% dei casi nella fase prospettica. La degenza media (5,9 giornate versus 6,1) non è cambiata.

In conclusione, la rivalutazione collettiva del proprio comportamento e il confronto con le linee guida della letteratura hanno contribuito in maniera molto significativa a migliorare la qualità della gestione della broncopneumonite contratta in collettività, sia nella pratica domiciliare che in ospedale.

Le pagine elettroniche (pagine verdi) riportano in breve le ricerche e i casi clinici che compaiono per esteso sul sito web della rivista ([www.medicoebambino.com](http://www.medicoebambino.com)). Il sommario è riportato a pag. 617. Anche questo numero ci sembra dare spunti interessanti, a cominciare dal commento del prof. Panizon a chiusura dell'anno. La prima ricerca di questo mese ci riporta in Angola, Paese affaticato dell'Africa, di cui *Medico e Bambino* ha scritto tante volte. Ora la voce di una fisioterapista ci racconta di casi di severa malnutrizione e di un progetto di riabilitazione psicomotoria. Interventi di utilità straordinaria, quasi inattesa. La seconda ricerca affronta il tema delle polmoniti di comunità. Si discute su come migliorarne il trattamento sia sul territorio che in ospedale, ma con un protocollo comune. Altro stimolante esempio di collaborazione tra pediatri ospedalieri e di famiglia. In "Appunti di terapia" si riparla di vitamina D e rachitismo. Nuove riflessioni sul tema, anche alla luce di una recentissima revisione del *Committee on Nutrition*, con un focus sulla dose giornaliera raccomandata. In "Pediatria per Ospedale" pubblichiamo la seconda parte sul trattamento della dermatite atopica nella popolazione pediatrica, dando risalto questa volta al serio problema delle ricadute e del trattamento farmacologico. In "Occhio all'evidenza" si parla di asma persistente lieve e di steroidi inalatori. Uno studio conferma che la somministrazione giornaliera consente un miglior controllo dei sintomi rispetto a quella intermittente, ma ha maggiori effetti sistemici.