

Digest

REIDRATAZIONE

ACUTE HOSPITAL INDUCED HYPONATREMIA IN CHILDREN: A PHYSIOLOGIC APPROACH

HOLLIDAY MA, FRIEDMAN AL, SEGAR WE, CHESNEY R, FINBERG L
J Pediatr 2004;145:584-7

Questa è un "invited commentary", che segue due articoli (Moritz ML, Ayus JC. Prevention of hospital acquired hyponatremia: a case for using isotonic saline in maintenance fluid therapy. *Pediatrics* 2003;111:227 e Duke T, Molineusc EM. Intravenous fluids for seriously ill children: time to reconsider. *Lancet* 2003;362:1320). Questi due contributi a loro volta fanno seguito a una serie di segnalazioni sul rischio delle fleboclisi iposaline (le cosiddette soluzioni miste) nel determinare, o nel favorire, episodi di severa iposodiemia, anche mortale o seguita da danni permanenti, verificatasi in corso di gastroenterite, polmonite, meningite, post-chirurgia.

Nell'uso correntemente accettato, la soluzione fisiologica è utilizzata per trattare gli stati di ipovolemia, in genere da disidratazione, mentre le soluzioni iposaline (soluzione glucosata con piccole aggiunte di sali) vengono utilizzate per le fleboclisi "di mantenimento". I due autorevoli articoli sopramenzionati, forse sottovalutando il rischio opposto (quello di sovraccarico salino, non certamente fisiologico e non innocuo se esistono problemi di omeostasi, polmonari, renali o di circolo), finiscono con il suggerire di utilizzare la soluzione salina isotonica anche per la flebo di mantenimento. Lo "invited commentary" cerca di prendere la giusta misura e di fornire indicazioni precise e differenziate per differenti situazioni cliniche.

L'articolo di Holliday e collaboratori puntualizza con accuratezza e ricchezza di documentazione letteraria: a) la frequente esistenza di un'ipovolemia clinicamente non manifesta in numerose condizioni critiche (ADH alto, in assenza di ipernatremia); b) i migliori risultati clinici, sul livello di sodio e sul livello di ADH, nei bambini trattati sistematicamente con soluzione fisiologica rispetto a quelli trattati con soluzioni iposaline (nei bambini con gastroenterite, con meningite, e sottoposti a trattamento chirurgico, e soprattutto nei bambini con ustione); c) la gravità potenziale del danno neurologico da iponatremia, dovuto all'edema intracellulare e alla successiva ischemia; d) il fatto che in situazioni di infezione e/o di preschok parte del liquido circolatorio è uscito dal letto vasale, restando stoccato nello spazio interstiziale; e) che il rilasciamento muscolare (del malato, del bambino operato, del soggetto sottoposto a chirurgia) facilita il sequestro di liquidi agli arti inferiori (in posizione eretta) o al dorso (in posizione declive); f) l'eccessiva facilità con la quale viene prescritto, nella pratica corrente, un eccesso di liquidi iposalini, concausa di iponatremia.

In sostanza, poi, l'articolo propone alcuni protocolli molto semplici e molto fisiologici.

Per prevenire l'ipovolemia: considerare comunque molto probabile che questa sia presente in un bambino acutamente malato; valutarla clinicamente e ragionatamente; se questa appare lieve, 20-40 ml/kg di soluzione isotonica vanno somministrati nel giro di 2-4 ore; se severa, 40-80 ml/kg. Nei pazienti

sottoposti a chirurgia conviene mantenere una fleboclisi salina durante l'intervento e per il tempo successivo trascorso in "recovery room"; successivamente, e solo se non può alimentarsi, potrà continuare con la soluzione glucosata-iposalina.

Mentre la soluzione salina, effettuata per evitare l'ipovolemia e quindi misurata sul peso corporeo (la massa circolante e il liquido interstiziale sono isosmotici e proporzionali al peso, e vanno ricostituiti integralmente), la somministrazione di acqua come "mantenimento", nei soggetti che non possono alimentarsi, va fatta con soluzione glucosata al 5%, iposalina, data per compensare le perdite fisiologiche e per prevenire la disidratazione, e misurata in funzione della superficie, secondo la formula 100 ml/100 kcal/die (sicché in un bambino di 3 kg, che ha un fabbisogno di 100 kcal/kg, la dose da somministrare sarà di 300 ml/die; mentre per un bambino di 30 kg - fabbisogno 1700 kcal - la quantità di soluzione glucosata, rispetto al peso, sarà circa la metà - 700 ml/die).

In sostanza, si tratta semplicemente di distinguere bene il come e il perché si deve trattare il paziente, e di non "approssimare", utizzando indifferentemente le cosiddette "soluzioni miste".

Un conto è il mantenimento idrico di chi non mangia (il fabbisogno calorico è un altro conto, e con la flebo non viene coperto che per un quinto), un conto la terapia di emergenza o semi-emergenza, in cui la soluzione iposalina non ha spazio.

Commento

L'articolo è parso al recensore molto equilibrato, condivisibile, e specialmente, a suo avviso, opportuno. Non dice novità, ma segnala un pericolo reale e diffuso, certamente non nella pratica ambulatoriale, ma altrettanto certamente nella pratica ospedaliera. Nella grande maggioranza dei casi l'organismo del paziente "si arrangia" a smaltire gli eccessi (rispettivamente di acqua o di sale), ma i singoli casi di danno o di morte sono, nel nostro contesto, ma anche in un Paese povero, dove il rischio è maggiore, insopportabili. L'articolo fornisce l'occasione per ripensare (ricordare) il razionale appreso (forse) a scuola, della scelta e della quantità dei liquidi per l'infusione. Potrebbe essere utile a qualche specializzando. Se non sarà stato utile a nessuno, beh, questo è un buon segno per la cultura pediatrica italiana.

FEMMINILIZZAZIONE

WOMEN DOCTORS AND THEIR CAREERS: WHAT NOW?

ALLEN ISOBE
BMJ 2005;331:569-72

L'Autore (Autrice) del pezzo (nella rubrica *Education and Debate*) ricorda che già 20 anni fa aveva affrontato il problema del prossimo futuro (ormai passato), in cui almeno metà dei medici sarebbero stati di genere femminile, e della necessità che il loro lavoro (delle donne, ma in realtà anche degli uomini) fosse meno escludente e massacrante. Allora (1986) nell'UK, le ore di lavoro di un medico in fase di apprendistato dovevano essere in media 120, e una donna che volesse dedi-

Digest

care un minimo di tempo al figlio e alla casa era considerata con sufficienza come un non "proper doctor".

Se nel 1960 le donne erano il 20% dei nuovi laureati in medicina, nel 1990 erano il 61% (e oggi certamente di più). Ma non succede la stessa cosa per quel che riguarda la loro possibilità di un effettivo coinvolgimento professionale (le donne costituiscono solo il 40% della forza-lavoro in medicina generale e in ospedale), né per il pieno impiego (disceso dal 70% al 53% nell'ultimo decennio, contro uno stabile 90% dei maschi, calo dovuto all'aumento delle dottoresse giovani, con figli da crescere), e tanto per i ruoli dirigenziali (le donne sono solo il 25% dei "consultant", cioè dei "primari": solo per la pediatria, la percentuale più alta, si arriva al 40%, mentre per la chirurgia siamo molto più in basso, al 7%). È molto interessante però il diverso modo con cui donne e uomini "consultant" affrontano la professione: le donne trovano molto più "calmo" e meno stressante l'ambiente di lavoro rispetto a quello di casa; e percepiscono assai meno difficoltà a controllare i conflitti con i manager e con i colleghi e l'inefficienza dei servizi di quanto lo sentano i colleghi maschi; e, tuttavia, sentono fortemente il bisogno di orari flessibili, preferiscono spesso un tempo parziale a una carriera brillante; la traiettoria della loro carriera è fatta a M, con un massimo di resa nella prima parte della vita, un rallentamento (raramente un abbandono) nel periodo della crescita della famiglia, e una vivace ripresa successiva, che appare molto produttiva e che va sostenuta.

Dunque, la medicina va ammorbidendosi, "umanizzandosi", anzi "femminilizzandosi".

Ma tutto il profilo demoscopico della professione medica è in cambiamento. L'uomo bianco e maschio rappresenta solo il 26% degli studenti in medicina nell'UK: il resto è fatto di non-maschi e/o di non-bianchi. E questo non sembra produrre uno scadimento professionale (è semmai nel medico bianco maschio che qualche episodio di malasanità ha trovato un protagonista). Ed è cambiata anche l'idea che il successo professionale in medicina sia incompatibile con una vita "piena". L'Unione Europea ha imposto dall'esterno una limitazione del tetto orario per il lavoro medico, e sperabilmente lo Stato della Gran Bretagna vorrà fare qualcosa di simile anche per il medico in formazione (8-10 anni), tra *pre-registration house officer* e *staff grade and associated specialist*. Tutto questo non è male; anzi la donna-medico, e forse anche l'uomo-medico, lo percepisce come un bene.

WOMEN IN MEDICINE: CONTINUING UNEQUAL STATUS OF WOMEN MAY REDUCE THE INFLUENCE OF THE PROFESSION

HEATH IONA
BMJ 2004;329:412-3

La medicina ha un ruolo importante nella società; un ruolo generale di *advocacy*, in qualche modo, e per la sua stessa natura, un ruolo umanitario, pacifista, egualitarista, femminista, (socialista?). Un'ipotesi possibile è che la femminilizzazione della medicina, sentita come uno scadimento di status della figura del medico, o come una "generica debolezza di gene-

re", possa ridurre la forza della comunità medica come elemento di propulsione e aggregazione della società. In verità, potrebbe anche essere vero il contrario: sono più le donne che gli uomini a essere ammesse alla facoltà medica, e a superare test di qualificazione; e sono forse le donne più degli uomini portate a dare un senso di dedizione alla società.

Resta vero che la donna medico guadagna (nell'UK) l'80% di quello che guadagna il medico maschio. E resta vero anche che, a differenza degli stati nordici e della Germania, che hanno fatto molti passi avanti verso una reale parificazione delle opportunità e dello status dei due sessi, l'Inghilterra è rimasta indietro (e l'Italia?). In particolare, è rimasta indietro nella politica per la famiglia, nel supporto che le donne medico, come tutte le altre donne che lavorano (e che nello stesso tempo restano il pilastro portante della vita familiare), hanno diritto di pretendere.

Ora, a differenza di status corrisponde una differenza di libertà; e la libertà è la chiave di volta dei rapporti tra Stato, Mercato e Società Civile. Quest'ultimo, il luogo ove concorrono naturalmente i sentimenti, i valori e le azioni collettive, è per l'appunto il luogo in cui si esercitano la forza culturale e la responsabilità di una classe, come quella medica, che è in continuo contatto con i cittadini e con i loro problemi. L'erosione dello status e dunque della indipendenza di una classe come quella medica (come si ha nei Paesi in cui l'equilibrio tra Stato e Mercato devia verso una delle due forze gemelle) può portare a un indebolimento del suo ruolo civile.

E l'uomo? L'uomo tende storicamente a rifuggire dai lavori in cui le donne hanno successo. E anche questo diventa un problema.

Commento

Qui c'è poco da commentare; in particolare c'è poco da commentare da parte del maschio che di norma si occupa di questa rubrica.

Le ore richieste al pediatra in formazione erano allora (1986) certamente troppe (nell'articolo è scritto 120/settimana, pare impossibile); oggi, in Italia, ma anche in Inghilterra (indicazioni EU) questa richiesta è ridimensionata; ma resta mal compatibile con un figlio. La società deve cercare di correggere il peso della deflessione lavorativa al centro della M.

La femminilizzazione ha eletto la pediatria (e solo in seconda istanza la ginecologia e, forse meno prevedibilmente, l'anatomia patologica) come il luogo in cui la rivoluzione si fa sentire con maggior forza. Se pensiamo anche che la pediatria è la branca della medicina più naturalmente rivolta al futuro, all'educazione e alla protezione, comprendiamo come le preoccupazioni espresse nel secondo pezzo possano avere un peso non marginale.

Preoccupazioni, ma in realtà anche speranza (per un vecchio maschio che è già uscito dal branco e dalla concorrenza): speranza che veramente la femminilizzazione della medicina faccia aumentare anziché ridurre la forza della comunità medica come elemento di aggregazione della società; è questo il ruolo, senza offesa, delle femmine nel branco degli scimpanzé (ma anche dei pellerossa, e delle altre comunità umane arcaiche): mantenere la solidarietà del gruppo, la condivisione e la continuità della cultura.