

MANUALE DI DIAGNOSI E TERAPIA PEDIATRICA

Andrea Pession

AGGIORNAMENTI
PERIODICI
ON LINE

- Diagnosi e prescrizione di 450 patologie
- Prontuario dei farmaci
- Prodotti per il divezzo e acque minerali
- Tavole e parametri di riferimento



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Manuale di **DIAGNOSI E TERAPIA PEDIATRICA**

Andrea Pession

Direttore dell'Unità Operativa di Pediatria
del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi
Direttore della Scuola di Specializzazione in Pediatria
di Alma Mater Studiorum Università di Bologna



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Prefazione

Per chi si occupa di diagnosi e terapia delle patologie di interesse pediatrico, un manuale di agevole consultazione e contenuto per dimensioni rappresenta uno strumento insostituibile. La prima edizione di questo libro vuole soddisfare queste esigenze, senza trascurare completezza ed esaustività: oltre mille pagine organizzate in modo tale da essere agilmente utilizzate.

La sinottica definizione del profilo, dei meccanismi eziopatogenetici, del quadro clinico, dei criteri diagnostici nonché degli esami di laboratorio e strumentali è aggiornata secondo le più recenti raccomandazioni o linee guida e redatta in modo propedeutico alla guida prescrittiva. Quest'ultima, per le patologie più comuni o potenzialmente gravi, è completa ed esauriente a prescindere dalla possibilità di approfondire o scegliere altri presidi terapeutici farmacologici e/o dietetici sistematicamente riportati nella sezione dedicata ai farmaci e ai prodotti dietetici per l'infanzia. La sintesi offerta è corredata da tabelle sinottiche e figure per algoritmi o strumenti diagnostici, e completata da indicazioni in merito a possibili interventi di profilassi o prevenzione.

La parte dedicata ai Farmaci è redatta sotto forma di sintetico prontuario farmacologico ordinato, nella logica di massima fruibilità, in ordine alfabetico e in forma gerarchica per classe terapeutica e principio attivo. Per ciascun farmaco, sinteticamente descritto, sono riportate le indicazioni e i principali effetti indesiderati, mentre per ogni singolo nome commerciale sono riportate le preparazioni farmaceutiche ed eventuali osservazioni e suggerimenti pratici. La sezione dei Prodotti dietetici per l'infanzia riporta, oltre ai Latti e ai Prodotti per il divezzo, anche i Prodotti dietetici per alcune patologie croniche di particolare interesse pediatrico.

L'opera si completa con alcune Appendici relative ai valori antropometrici e di riferimento di più frequente utilizzo nella pratica clinica. L'accurato Indice analitico, infine, è redatto per singola patologia in riferimento alla diagnosi differenziale e per quanto concerne i farmaci sia per principio attivo sia per nome commerciale.

La scelta grafica è finalizzata a facilitare la consultazione, reperire rapidamente le necessarie informazioni in ordine di rilevanza clinica e favorire i rapporti tra le diverse entità nosologiche nelle e tra le diverse sezioni.

Questo manuale vuole essere uno strumento di lavoro utile, rapido, integrativo, ma non esaustivo per quel complesso processo di presa in carico e cura del soggetto in età pediatrica, bambino o adolescente, di cui diagnosi e trattamento delle patologie sono l'aspetto più critico, ma comunque solo un aspetto parziale.

Sommario

I.	DIAGNOSI E TRATTAMENTO	1
	<ul style="list-style-type: none">• Eziologia• Quadro clinico• Diagnosi (di laboratorio e strumentale)	
II.	PRONTUARIO FARMACEUTICO	569
	<ul style="list-style-type: none">• Prontuario farmacologico• Principi attivi ordinati per classi terapeutiche• Nomi commerciali e forme farmaceutiche• Indicazioni, effetti indesiderati, interazioni• Modalità di somministrazione, posologia pediatrica	
III.	PRODOTTI ALIMENTARI PER L'INFANZIA	953
	<ul style="list-style-type: none">• Latti formulati per l'infanzia• Prodotti per il divezzamento• Acque minerali• Alimenti a fini medici speciali	
IV.	APPENDICI	1003
	<ul style="list-style-type: none">• Algometria• Bristol Stool Chart• Centri antiveleni• Centri ustioni• Iperbilirubinemia neonatale• LARN• Valori antropometrici• Valori cardiorespiratori• Valori del liquor• Valori ematici• Valori ematochimici• Valori urinari	
	INDICE ANALITICO	1055

I. DIAGNOSI E TRATTAMENTO

A

ABUSO *Maltrattamento* [>].

ACIDOSI METABOLICA

Processo fisiopatologico primario che causa acidemia ($\text{pH} < 7,35$) per accumulo di ioni idrogeno. Questo disturbo semplice dell'equilibrio acido-base (valori normali EAB) è caratterizzato da riduzione dei bicarbonati e conseguente riduzione del pH (**Tab. 1**). Il meccanismo di compenso è rappresentato da una riduzione della PaCO_2 secondaria a iperventilazione.

Tabella 1 Alterazioni dell'equilibrio acido-base

Disturbo	pH	PaCO_2	HCO_3^-
Acidosi metabolica	basso	basso	basso
Alcalosi metabolica	alto	alto	alto
Acidosi respiratoria (acuta o cronica)	basso	alto	normale o alto
Alcalosi respiratoria (acuta o cronica)	alto	basso	normale o basso

In corso di acidosi l'organismo tende a riportare entro i limiti fisiologici il proprio pH attivando i meccanismi di compenso (*compenso atteso*). Tale compenso non è mai completo, nel senso che il pH non si normalizza completamente. Il compenso atteso può essere calcolato e un suo discostamento è utile nel mettere in evidenza un disordine misto dell'EAB.

In caso di acidosi metabolica il **compenso atteso** è:

$$\text{PaCO}_2 = 1,5 \times [\text{HCO}_3^-] \pm 4$$

In base al **gap anionico** [$\text{Na}^+(\text{mEq}) - (\text{HCO}_3^- + \text{Cl}^-)$] si possono distinguere:

- acidosi metaboliche a gap anionico *normale* [$12 (\pm 4)$];
- acidosi metaboliche a gap anionico *aumentato* [> 16].

E I principali meccanismi eziopatogenetici e le relative cause di acidosi metabolica sono riportati in **Tabella 2**.

Tabella 2 Cause e meccanismi eziopatogenetici di acidosi metabolica

A gap anionico normale (acidosi metaboliche ipercloremiche, $> 100 \text{ mEq/L}$)		A gap anionico aumentato (acidosi metaboliche ipocloremiche, $< 100 \text{ mEq/L}$)	
Causa	Meccanismo	Causa	Meccanismo
Diarrea protratta	Perdita gastrointestinale di bicarbonati	Chetoacidosi diabetica [>]	Accumulo di corpi chetonici (<i>chetoacidosi</i>)
Fistola pancreatica		Digiuno protratto	

→ **Tabella 2** Cause e meccanismi eziopatogenetici di acidosi metabolica

A gap anionico normale (acidosi metaboliche ipercloremiche, > 100 mEq/L)		A gap anionico aumentato (acidosi metaboliche ipocloremiche, < 100 mEq/L)	
Causa	Meccanismo	Causa	Meccanismo
Acidosi tubulare renale (ATR)	Perdita urinaria di bicarbonati	Avelenamento da alcol etilico	Accumulo di corpi chetonici (<i>chetoacidosi</i>)
Uretero-enterostomia		Difetti enzimatici: Piruvato decarbossilasi Biotinidasi	Accumulo di acido lattico (<i>acidosi lattica</i> , lattato > 2 mEq/L)
		Neoplasie	
		Shock [>]	
	Epatite acuta		
Cloruro di ammonio	Apporto esogeno di HCl	Insufficienza renale (IR)	Accumulo di acidi fissi (H ⁺)
Aminoacidi cationici		Uremia	
Cloridrato di arginina		Intossicazione salicilati, metanolo, glicole etilenico	Accumulo di anioni organici esogeni

Q Oltre ai segni e sintomi della malattia di base, è presente l'iperventilazione, con **respiro di Kussmaul** (respiri rapidi e profondi), secondaria a compensazione respiratoria come meccanismo di compenso atteso per eliminazione di acidi volatili (CO₂).

Possibili anche astenia, inappetenza, vomito, polidipsia e poliuria. Forme severe causano riduzione delle resistenze vascolari e della funzionalità cardiaca, da cui: ipotensione, ipossia tissutale ed edema polmonare.

D Si fonda sul quadro laboratoristico e si configura quando: pH < 7,30; PaCO₂ < 30 mmHg; HCO₃ < 20 mEq/L; BE (eccesso di basi) ≤ 4. Essenziale il calcolo del gap anionico.

L **Emogas, elettrolitemia, glicemia, acido lattico** (se alto valutare es. metabolici), **creatinemia, esame urine** (pH, glicosuria, chetonuria, Na-Cl-K urinari).

S **Capnografo**: monitoraggio continuo non invasivo della CO₂ di fine respiro come indicatore di gravità dell'acidosi.

TERAPIA

La terapia della patologia di base, da attuarsi prontamente, è condizione necessaria e spesso sufficiente per risolvere l'acidosi metabolica.

A un neonato-lattante con acidosi severa, in attesa di una definizione diagnostica, non è mai sbagliato somministrare **BIOTINA** (vitamina H), **TIAMINA** (vitamina B₁) e **UBIDECARENONE**.

La correzione con **BICARBONATO DI SODIO** [> *Minerali/Elettroliti*] (NaHCO₃), ovvero l'**alcalinizzazione**, non è indicata nelle acidosi ipocloremiche per il rischio di peggiorare l'acidosi intracellulare e aumentare il passaggio di CO₂ attraverso la barriera ematoencefalica. L'uso di NaHCO₃ è invece indicato:

- quando la patologia di base non è correggibile (ATR, IR);
- in situazioni gravi (pH < 7,1) e solo fino a portare la bicarbonatemia sopra i 10 mEq/L, in quanto una correzione eccessiva può essere dannosa (iperosmolarità, diselettrolitemia, edema cerebrale). Il quantitativo di NaHCO₃ (soluzione isosmolare 167 mEq/L) da somministrare può essere calcolato mediante la formula standard: BE (mEq/L) × peso (kg) × 0,3; infondendo ½ del deficit in 2-4 h (mai bolo).

ACIDOSI RESPIRATORIA

Processo fisiopatologico primario che causa acidemia ($\text{pH} < 7,35$) per accumulo di CO_2 e incremento variabile della concentrazione plasmatica di bicarbonati (Tab. 1).

Il meccanismo di compenso è dato dapprima dal sistema tampone costituito dall'Hb (**acidosi respiratoria acuta**) e successivamente dal maggior riassorbimento dei bicarbonati (**acidosi respiratoria cronica**).

Tabella 1 Alterazioni dell'equilibrio acido-base

Disturbo	pH	PaCO_2	HCO_3^-
Acidosi metabolica	basso	basso	basso
Alcalosi metabolica	alto	alto	alto
Acidosi respiratoria (acuta o cronica)	basso	alto	normale o alto
Alcalosi respiratoria (acuta o cronica)	alto	basso	normale o basso

In corso di acidosi l'organismo tende a riportare entro i limiti fisiologici il proprio pH attivando i meccanismi di compenso (*compenso atteso*). Tale compenso non è mai completo, nel senso che il pH non si normalizza completamente. Il compenso atteso può essere calcolato e un suo discostamento è utile nel mettere in evidenza un disordine misto dell'EAB.

Il **compenso atteso** in caso di acidosi respiratoria è:

- *acidosi respiratoria acuta*: $[\text{HCO}_3^-]$ aumenta di 1 ogni 10 mmHg di aumento della PaCO_2 ;
- *acidosi respiratoria cronica*: $[\text{HCO}_3^-]$ aumenta di 3,5 ogni 10 mmHg di aumento della PaCO_2 .

E Le cause che provocano un'ipoventilazione possono essere:

- *respiratorie*: polmonari (polmonite, asma, edema polmonare), vie aeree superiori (laringospasmo);
- *non respiratorie* (o *neuromuscolari*): depressione dei centri respiratori superiori (encefalite, intossicazione da stupefacenti), malattie del midollo spinale, dei nervi periferici o delle giunzioni neuromuscolari (Sindrome di Guillain-Barré [>], botulismo [>]), malattie muscolari (distrofia muscolare), malattie ossee (cifoscoliosi severa).

Q Cianosi, sudorazione profusa, cefalea, allucinazioni, agitazione, tremori, convulsioni, sonnolenza, coma ipercapnico; tachicardia, vasodilatazione arteriosa, ipotensione, shock.

D Si fonda sul quadro laboratoristico e si configura quando: $\text{pH} < 7,30$; $\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg; $\text{HCO}_3^- \geq 24$ mEq/L; BE (eccesso di basi) normale.

L **Emogas, elettrolitemia, glicemia, acido lattico** (se alto, valutare esami metabolici), **creatininemia, esame urine** (pH, glicosuria, chetonuria).

S **Capnografo**: monitoraggio continuo non invasivo della CO_2 di fine respiro come indicatore di gravità della acidosi oltre che della patologia di base.

TERAPIA

La terapia della patologia di base, da attuarsi prontamente, è condizione necessaria e spesso sufficiente per risolvere l'acidosi respiratoria. La correzione con bicarbonato di sodio (NaHCO_3), ovvero l'alcalinizzazione, non è indicata per il rischio di espansione dello spazio extracellulare.

In caso di acidosi respiratoria refrattaria può essere necessaria la **ventilazione meccanica**.

II.
PRONTUARIO
FARMACEUTICO

Classe di farmaci che inibiscono l'enzima di conversione (*ACE: Angiotensin Converting Enzyme*) responsabili della trasformazione dell'angiotensina I in angiotensina II e dell'inattivazione di bradichinine vasodilatatrici. Il blocco dell'enzima di conversione comporta una riduzione di formazione dell'angiotensina II (potente vasocostrittore e stimolatore della secrezione di aldosterone) e un aumento delle bradichinine, con conseguente vasodilatazione arteriolare, ma anche, in minor misura, venosa. Ulteriori azioni degli ACE-inibitori sono: aumento del rilascio di prostaglandine a livello renale (aumento della perfusione renale), attività adrenergica, aumento della diuresi e della natriuresi.

CAPTOPRIL

Capostipite della classe degli ACE-inibitori. Inizio d'azione dopo 30 min, picco dopo 60; assorbimento al 75% a stomaco vuoto, 35% a stomaco pieno; metabolizzato a livello epatico, eliminato per via renale al 95%. **Indicazioni:** ipertensione, scompenso cardiaco. **Effetti indesiderati:** ipotensione, tachicardia, sincope, affaticamento, cefalea, ipoglicemia, iperpotassiemia, oliguria, tosse, angioedema.

DOSE (OS)

- *Neonati*
Dose iniziale: 0,05-0,1 mg/kg/dose, ogni 8-24 h
Dose massima: 2 mg/kg/die
- *Lattanti*
Dose iniziale: 0,15-0,3 mg/kg/dose, ogni 8 h
Dose massima: 6 mg/kg/die
- *Bambini*
Dose iniziale: 0,3-0,5 mg/kg/dose, ogni 8 h
Dose massima: 6 mg/kg/die
- *Bambini grandi*
Dose iniziale: 6,25-12,5 mg/dose, ogni 12-24 h
Dose massima: 12 mg/kg/die
- *Adolescenti*
Dose iniziale: 12,5-25 mg/dose, ogni 8-12 h
Dose massima: 450 mg/die

FARMACI E FORMULAZIONI

Capoten ■ Captopril [generico]
Compresse 25 e 50 mg

ENALAPRIL

Derivato dal Captopril, privo del gruppo sulfidrilico. Azione analoga a quella del Captopril (*vedi*), rispetto al quale presenta: maggiore potenza, inizio d'azione più lento, ma una maggiore durata che consente la somministrazione una sola volta/die. Assorbimento non influenzato dal cibo. **Indicazioni:** vedi Captopril [>]. **Effetti indesiderati:** più rari rispetto al Captopril; è tuttavia temibile il rischio di angioedema. **Cautele:** evitare o adattare la dose nei pazienti con compromissione renale (CrCl 10-50 mL/min: somministrare il 75% della dose; CrCl < 10 mL/min: somministrare il 50% della dose).

DOSE (OS)

- *Neonati:* 0,1 mg/kg/die, in 1 somministrazione; dose massima: 4 mg/kg/die
- *Bambini:* 0,1-0,5 mg/kg/die, in 1-2 somministrazioni
- *Adolescenti e adulti:* 2,5-5 mg/die, in 1-2 somministrazioni; dose massima: 40 mg/die

ACE-inibitori**FARMACI E FORMULAZIONI**

Converten ■ Enalapril [generico] ■ Enapren ■ Lanex ■ Naprilene ■ Silverit

Comprese 5 e 20 mg

LISINOPRIL

Analogo lisinico dell'Enalapril; a differenza di quest'ultimo non è un profarmaco e non richiede quindi metabolizzazione epatica. **Indicazione:** vedi Captopril [>].

Effetti indesiderati: meno frequenti rispetto al Captopril, comparabili rispetto all'Enapril.

DOSE (OS)

- Dose iniziale: 0,07 mg/kg/die, in 1 somministrazione
- Dose massima: 0,6 mg/kg/die

FARMACI E FORMULAZIONI

Alapril ■ Lisinopril [generico] ■ Nosilix ■ Prinivil ■ Zestril

Comprese 5 e 20 mg

III.
PRODOTTI ALIMENTARI
PER L'INFANZIA

Latti formulati per l'infanzia

Il latte materno è l'alimento fisiologico unico e inimitabile per il neonato e il lattante. L'allattamento al seno è bene sia esclusivo per circa 5-6 mesi e continuato durante lo svezzamento fino al compimento dell'anno di età. Qualora il latte materno non sia disponibile, è necessario ricorrere a latti formulati (formule). Le numerose formule disponibili sul mercato presentano specifiche indicazioni d'uso in rapporto a composizioni e integrazioni differenti.

FORMULE PER L'INFANZIA

Formule di partenza	pag. 956
Formule di proseguimento	pag. 958
Latti per la crescita	pag. 960

FORMULE A FINI MEDICI SPECIALI

Formule per neonati pretermine e/o di basso peso	pag. 962
Formule post-dimissione dei pretermine	pag. 963
Formule addensate	pag. 964
Formule antidiabetiche	pag. 966
Formule a base di proteine isolate di soia	pag. 968
Formule delattosate	pag. 969
Formule ipo-allergeniche	pag. 970
Formule a base di proteine idrosilate o aminoacidi	pag. 971
Formule a base di aminoacidi	pag. 973
Fortificanti del latte materno	pag. 974
Supplementi glucidici	pag. 974
Supplementi proteici	pag. 975
Latte d'asina	pag. 975

Legenda:

ARA: acido arachidonico

DHA: acido docosaesaenoico

EPA: acido eicosaesapentaenoico

FOS: frutto-oligosaccaridi

GLA: acido γ -linolenico

GOS: galatto-oligosaccaridi

Liq: liquido

LC-PUFA: acidi grassi polinsaturi a lunga catena

n.d.: dato non disponibile

U β gal: unità β -galattosidasi (tecnica ONPG)

polv: polvere

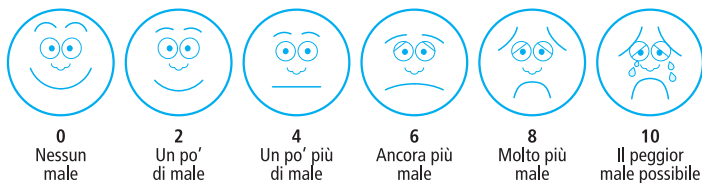
IV. **APPENDICI**

Algometria

BAMBINO DI 1 MESE-3 ANNI O BAMBINO CON DEFICIT COGNITIVI: SCALA FLACC

Osservazione	Punteggio		
	0	1	2
Face volto	Espressione indifferente o sorriso	Qualche smorfia o strizza gli occhi	Frequente tremore del mento. Stringe la mandibola
Legs gambe	Posizione indifferente o rilassata	Si muove continuamente, teso	Scalcia o tira le gambe
Activity attività	Sta sdraiato tranquillo, posizione normale, si muove facilmente	Si dimena, si rigira, teso	Rigido, arcuato con il dorso, si muove a scatti
Cry pianto	Non piange, sta sveglio o dorme	Piagnucola, occasionalmente si lamenta	Piange continuamente e vigorosamente, strilla o singhiozza frequentemente, si lamenta
Consolability consolabilità	Rilassato, contento	Consolabile con carezze, abbracci o parole; lo si può distrarre	Difficile da consolare o rassicurare

BAMBINO DI 4-7 ANNI: SCALA DI WONG-BAKER



La scala va somministrata al bambino chiedendogli di indicare la faccia che corrisponde al male/dolore che prova in quel momento. A ogni scelta corrisponde un valore che va da 0 a 10, che precisa anche livelli di dolore intermedio tra due facce.

BAMBINO \geq 8 ANNI: SCALA NUMERICA



Quando un bambino abbia acquisito le nozioni di proporzione può essere utilizzata una scala numerica. Si tratta di una linea, di 10 cm, associata a precise ancorie verbali intermedie da 0 a 10 per valori crescenti da “nessun dolore” a “il peggior dolore possibile”.

Iperbilirubinemia neonatale

Nomogramma orari e valori di iperbilirubinemia per età gestazionale (EG), ore di vita e concentrazione sierica di bilirubina (TSB) in diverse condizioni, secondo quanto previsto dalle raccomandazioni per il trattamento dell'iperbilirubinemia neonatale (fonte SIN – Società Italiana Neonatologia; www.neonatologia.it/show/RaccomandazioniSIN/4/).

Nomogramma orario con bilirubina transcutanea.

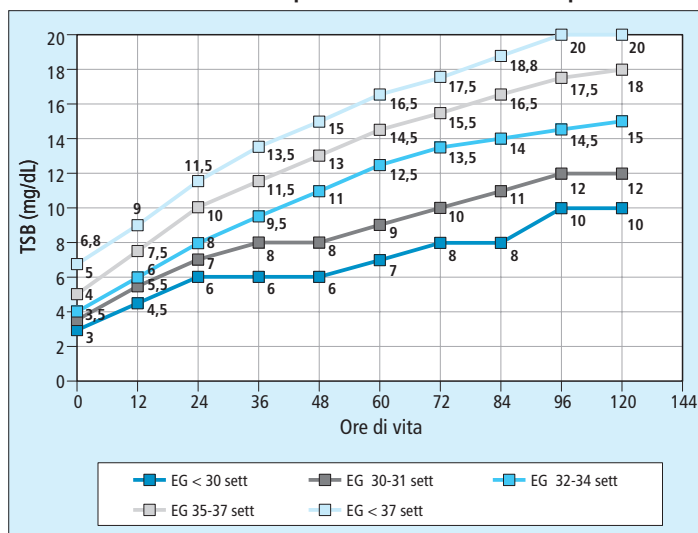
Ora	50°	75°	Ora	50°	75°	Ora	50°	75°
24	6,3	7,8	49	7,7	10,4	73	10,0	11,7
25	6,3	7,8	50	7,8	10,4	74	10,0	11,8
26	6,4	7,8	51	8,0	10,5	75	10,1	11,9
27	6,4	7,9	52	8,1	10,5	76	10,1	11,9
28	6,4	7,9	53	8,3	10,6	77	10,2	12,0
29	6,5	7,9	54	8,4	10,6	78	10,2	12,1
30	6,5	7,9	55	8,6	10,7	79	10,3	12,2
31	6,6	8,1	56	8,7	10,8	80	10,4	12,2
32	6,6	8,4	57	8,9	11,0	81	10,5	12,3
33	6,7	8,6	58	9,0	11,1	82	10,5	12,3
34	6,7	8,8	59	9,2	11,2	83	10,6	12,4
35	6,8	9,1	60	9,3	11,3	84	10,7	12,4
36	6,8	9,3	61	9,4	11,3	85	10,7	12,4
37	6,9	9,4	62	9,5	11,4	86	10,8	12,4
38	7,1	9,5	63	9,6	11,4	87	10,8	12,4
39	7,2	9,7	64	9,6	11,4	88	10,8	12,4
40	7,3	9,8	65	9,7	11,5	89	10,9	12,4
41	7,5	9,9	66	9,8	11,5	90	10,9	12,4
42	7,5	10,0	67	9,8	11,5	91	10,9	12,5
43	7,5	10,1	68	9,8	11,5	92	10,9	12,5
44	7,6	10,1	69	9,9	11,6	93	10,9	12,6
45	7,6	10,2	70	9,9	11,6	94	10,9	12,6
46	7,6	10,2	71	9,9	11,6	95	10,9	12,7
47	7,6	10,3	72	9,9	11,6	96	10,9	12,7
48	7,6	10,3						

Nomogramma orario con la bilirubina sierica (TSB).

Ora	50°	75°	90°	Ora	50°	75°	90°	Ora	50°	75°	90°
24	6,1	7,5	8,9	49	9,0	10,3	11,9	73	10,0	11,7	13,2
25	6,2	7,7	9,1	50	9,1	10,4	12,0	74	10,0	11,8	13,3
26	6,4	7,8	9,2	51	9,1	10,4	12,1	75	10,1	11,8	13,3
27	6,5	8,0	9,3	52	9,2	10,5	12,2	76	10,1	11,8	13,4
28	6,7	8,2	9,5	53	9,2	10,6	12,3	77	10,2	11,9	13,4
29	6,8	8,3	9,6	54	9,3	10,7	12,4	78	10,2	11,9	13,5
30	7,0	8,5	9,7	55	9,3	10,8	12,5	79	10,3	12,0	13,5
31	7,2	8,6	9,9	56	9,3	10,8	12,5	80	10,3	12,1	13,6
32	7,3	8,7	10,1	57	9,3	10,9	12,6	81	10,4	12,1	13,7
33	7,5	8,9	10,2	58	9,4	10,9	12,7	82	10,5	12,2	13,7

Ora	50°	75°	90°	Ora	50°	75°	90°	Ora	50°	75°	90°
34	7,7	9,0	10,5	59	9,4	11,0	12,8	83	10,6	12,3	13,8
35	7,9	9,1	10,6	60	9,5	11,0	12,9	84	10,6	12,4	13,8
36	8,0	9,2	10,8	61	9,5	11,1	12,9	85	10,6	12,4	13,9
37	8,1	9,3	10,8	62	9,5	11,1	12,9	86	10,7	12,5	14,0
38	8,2	9,4	10,9	63	9,5	11,2	12,9	87	10,7	12,5	14,1
39	8,3	9,5	10,9	64	9,6	11,2	13,0	88	10,7	12,5	14,2
40	8,4	9,6	11,0	65	9,6	11,3	13,0	89	10,8	12,6	14,3
41	8,5	9,7	11,1	66	9,6	11,3	13,0	90	10,8	12,6	14,4
42	8,6	9,8	11,1	67	9,6	11,4	13,0	91	10,9	12,7	14,5
43	8,7	9,9	11,2	68	9,6	11,4	13,1	92	11,0	12,9	14,6
44	8,7	9,9	11,3	69	9,7	11,5	13,1	93	11,2	13,0	14,7
45	8,8	10,0	11,5	70	9,8	11,6	13,1	94	11,3	13,2	14,8
46	8,9	10,1	11,6	71	9,8	11,7	13,2	95	11,4	13,4	14,9
47	8,9	10,2	11,7	72	9,9	11,7	13,2	96	11,5	13,5	15,0
48	9,0	10,2	11,8								

Valori di bilirubinemia indicativi per il trattamento con fototerapia.



Il *Manuale di diagnosi e terapia pediatrica* è organizzato in quattro parti. Nella prima sono illustrate oltre **450 Patologie** in ordine alfabetico. Per ciascuna vengono riportati profilo, meccanismi eziopatogenetici, quadro clinico, e criteri diagnostici (di laboratorio e strumentali). Segue una guida prescrittiva, completata da indicazioni in merito a possibili interventi di profilassi o prevenzione.

La parte dedicata ai **Farmaci** è redatta sotto forma di prontuario, organizzato in ordine alfabetico e gerarchico per classe terapeutica e principio attivo. Per ciascun farmaco sono riportate le indicazioni e i principali effetti indesiderati, mentre per ogni singolo nome commerciale sono elencate le preparazioni, oltre eventuali osservazioni e suggerimenti pratici.

La parte dedicata ai **Prodotti dietetici per l'infanzia** riporta i latti e i prodotti per il divezzo, nonché i prodotti dietetici per alcune patologie croniche di particolare interesse pediatrico.

L'opera si completa con alcune **Appendici** relative ai valori antropometrici e di riferimento di più frequente utilizzo nella pratica clinica.

MATERIALI ON LINE

Sul sito del libro saranno disponibili aggiornamenti periodici dei contenuti, oltre a quanto indicato in seconda di copertina.

<http://online.universita.zanichelli.it/pession>