



Buone Pratiche Cliniche SIAATIP



Società Italiana di
Partoanalgesia



PEDIATRIC ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE
SOCIETY AND APPLIED TECHNOLOGIES



The Society for Ultrasound in Anaesthesia
ITALIAN CHAPTER



PACCJ

Pediatric Anesthesia and
Critical Care Journal



GESTIONE TERAPEUTICA DOMICILIARE DEI PAZIENTI IN ETA' PEDIATRICA AFFETTI DA SARS-CoV-2

BUONE PRATICHE CLINICHE SIAATIP AUTORI

Dario Galante

*UOC di Anestesia e Rianimazione Ospedale di Cerignola e San Severo, Dipartimento
Multidisciplinare Chirurgico della ASL Foggia*

Giovanni Roberto Giugno

UOC di Pediatria e Neonatologia Ospedale di Caltagirone

Giovanni Consani

UOC di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Pisa

Alberto Benigni

USSD Anestesia e Rianimazione 5^ Pediatrica - "ASST Papa Giovanni XXIII" di Bergamo

Flavio Badii

UOC di Anestesia e Rianimazione Ospedale di Vittorio Veneto

Dino Pedrotti

UOC di Anestesia e Rianimazione Ospedale S. Chiara di Trento

Rosanna Zanai,

*UO Terapia Intensiva Cardiochirurgica, CCPM Centro Cardiologico Pediatrico del
Mediterraneo, Taormina*

Maria Nobili

SSD Chirurgia Pediatrica Ospedaliera, Policlinico Riuniti di Foggia

Versione 1.0 deliberata dal Consiglio Direttivo SIAATIP

Publicato il 30/03/2021

Contatti: siaatip@gmail.com; siaatip@siaatip.it

Tel.: 06/92949240

Buone Pratiche Cliniche SIAATIP

SOCIETA' ITALIANA DI ANESTESIA, ANALGESIA E TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

GESTIONE TERAPEUTICA DOMICILIARE DEI PAZIENTI IN ETA' PEDIATRICA AFFETTI DA SARS-CoV-2

Le Buone Pratiche Cliniche SIAATIP sono condivise da:

- Società Italiana di Partoanalgesia
- Society for Ultrasound in Anaesthesia (SUA) - Italian Chapter
- Pediatric Anesthesia and Intensive Care Society and Applied Technologies (PAICSAT) – Italian Chapter
- Scuola Italiana Emergenze (S.I.E.)

Le Buone Pratiche Cliniche SIAATIP sono state elaborate in modo completamente gratuito da tutti i collaboratori e senza alcun finanziamento, in completa autonomia e indipendenza, nell'esclusivo rispetto delle conoscenze scientifiche più recenti ed accreditate.

Sommario

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
2. DESTINATARI	4
3. INTRODUZIONE	4
4. SCHEMI, DEFINIZIONI E TRATTAMENTI.....	5
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	9

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento esamina la corretta gestione domiciliare dei pazienti pediatrici affetti da SARS-CoV-2. Un corretto management clinico risulta di fondamentale importanza per evitare ricoveri impropri e non necessari ed iperafflussi ospedalieri con conseguenti criticità che avrebbero conseguenze rilevanti sull'intera rete ospedaliera.

2. DESTINATARI

Il documento è destinato a specialisti e specializzandi in anestesia e rianimazione, medici impegnati in emergenza e urgenza, pediatri e a tutto il personale infermieristico e medico coinvolto nella gestione del paziente pediatrico con particolare riferimento alla pandemia da Covid.

3. INTRODUZIONE

E' premessa fondamentale ricordare che per età pediatrica si intende il bambino dalla nascita fino a 18 anni. Nel corso della prima fase della pandemia i bambini affetti da Covid rappresentavano un evento estremamente raro che poneva i medici in una condizione di maggiore tranquillità rispetto a questa tipologia di pazienti. Durante la seconda e terza fase le cose sono cambiate e si è osservato un maggior numero di casi di pazienti pediatrici compresi i neonati e i lattanti ⁽¹⁻¹⁰⁾. Nonostante l'incremento dei casi osservati, raramente si sono osservate condizioni cliniche gravi in questa tipologia di pazienti. La diffusione e il persistere della pandemia unite alla circolazione di nuove varianti non ha risparmiato i pazienti pediatrici.

La SIAATIP ritiene opportuno, rifacendosi alla recente letteratura e raccomandazioni ministeriali, produrre un documento che schematizzi la gestione terapeutica già dalle prime fasi domiciliari al fine di evitare ricoveri impropri con iperafflusso negli ospedali. E' nota l'importanza della carenza dei posti letto di area semintensiva e intensiva relativamente all'emergenza Covid, questo aspetto risulterebbe ancor più drammatico in caso di iperafflusso di pazienti pediatrici dal momento che sono pochissimi gli ospedali in grado di affrontare un'emergenza pandemica riferita all'assistenza specialistica pediatrica, specie in area intensiva e subintensiva.

Una corretta gestione domiciliare dei pazienti pediatrici è pertanto di fondamentale importanza e gli schemi di seguito illustrati hanno lo scopo di facilitare il medico verso una rapida scelta terapeutica e di indirizzo clinico.

4. SCHEMI, DEFINIZIONI E TRATTAMENTI

DEFINIZIONE DI CASO SOSPETTO

Per caso sospetto si intende un caso che presenta almeno un criterio epidemiologico ed almeno due dei criteri clinici e/o abbia avuto un contatto probabile o confermato con un caso certo oppure un caso con imaging del torace suggestivo per COVID-19

CRITERI CLINICI

- Febbre
- Tosse secca
- Difficoltà respiratorie
- Saturazione di ossigeno inferiore al 95%
- Sintomi gastroenterici (diarrea, nausea e vomito)
- Mal di testa
- Mialgia
- Tosse
- Congestione nasale o rinorrea
- Inappetenza
- Perdita del gusto e dell'olfatto

CRITERI EPIDEMIOLOGICI

1. Bambini con una storia di viaggi o residenza in comunità con casi infetti segnalati entro 14 giorni prima dell'insorgenza della malattia
2. Bambini con una storia di contatto con pazienti infetti da SARS-CoV-2 entro 14 giorni prima dell'insorgenza della malattia
3. Bambini con una storia di contatto con pazienti con febbre e/o sintomi respiratori suggestivi di COVID-19 entro 14 giorni prima dell'insorgenza della malattia
4. Casi raggruppati: due o più casi con febbre e/o sintomi respiratori suggestivi di COVID-19 entro 14 giorni in piccoli gruppi (come membri della famiglia, compagni di scuola, eccetera)
5. Neonati partoriti da madri con infezione confermata

CASO CONFERMATO

Con tampone nasale o naso faringeo positivo alla ricerca di SARS-CoV-2, indipendentemente dai segni sintomi clinici.

I pediatri in collaborazione con il personale delle USCA ha un ruolo fondamentale nella gestione domiciliare dei casi lievi-moderati facendo attenzione ai fattori di comorbidità che rendono il paziente più a rischio.

BAMBINI CONSIDERATI AD ALTO RISCHIO

1. Pazienti con una storia di contatti di casi gravi di COVID-19
2. Pazienti con malattie sottostanti, come cardiopatie congenite malattie croniche dei polmoni e delle vie aeree, malattie croniche del cuore dei reni, malnutrizione, tumori, diabete, immunodeficienze, malattie metaboliche ereditarie
3. Pazienti che sono sotto trattamento a lungo termine di immunosoppressori
4. Lattante < 3 mesi

CASO LIEVE

Per caso lieve si intende oltre al paziente asintomatico anche quel paziente che presenta uno dei sintomi clinici in maniera atipica e per un tempo brevissimo (qualche ora).

GESTIONE TERAPEUTICA A DOMICILIO IN ETÀ PEDIATRICA

	TIPOLOGIA DI PAZIENTE	SEGNI E SINTOMI	GESTIONE	TERAPIA FARMACOLOGICA	NOTE
CASO SOSPETTO	Paziente con sintomi lievi di qualsiasi età con o senza fattori di rischio	Temperatura superiore a 37,5 °C Tosse Sintomi da raffreddamento Eupnoico (SpO ₂ >95%) PA e FC normali Non alterazioni dello stato di coscienza	Sorveglianza sanitaria e contatto con il pediatra (telefonica o telemedicina) Controllo temperatura corporea e atti respiratori due volte al giorno Controllo SpO ₂ Controllo PA e FC	Paracetamolo secondo peso ed età. In età pediatrica non ci sono evidenze scientifiche sull'uso dei farmaci sedativi della tosse Idratazione e cura dell'alimentazione	Se sono necessari FANS usarli alla minima dose efficace
CASO CONFERMATO	Paziente asintomatico	Nessuno	Sorveglianza sanitaria contatto con il pediatra (telefonico telemedicina) Controllo temperatura corporea e atti respiratori due volte al giorno Controllo SpO ₂ Controllo PA e FC	Nessuna	

CASO CONFERMATO	FORMA LIEVE	Temperatura > 37.5 °C da meno di 72 ore	Sorveglianza sanitaria e contatto con il pediatra (telefonico o telemedicina)	Paracetamolo secondo peso ed età del paziente	Se sono necessari FANS, usarli alla minima dose efficace	Attivare USCA se paziente necessita di visita medica
		Tosse		Idratazione e cura dell'alimentazione		
		Sintomi da raffreddamento	Controllo temperatura corporea e atti respiratori 2 volte al giorno	In età pediatrica non ci sono evidenze scientifiche sull'uso dei farmaci sedativi della tosse		
		Eupnoico (SpO ₂ > 95%)				
		PA e FC normali				
		Non disidratazione	Controllo SpO ₂			
		Non alterazioni dello stato di coscienza	Controllo PA e FC			

CASO CONFERMATO	Forma moderata, di media gravità Paziente con sintomi compatibili con broncopolmonite interstiziale senza comorbidità) Se paziente con comorbidità considerare l'alto rischio di progressione di malattia e conseguente necessità di ospedalizzazione	Temperatura > 37.5°C da più di 72 ore	Sorveglianza sanitaria e contatto con il pediatra (telefonico o telemedicina)	Paracetamolo fino ad 1 g x 3 al giorno	Usare i FANS o ibuprofene secondo il peso e l'età del paziente se necessario. La terapia antibiotica per sospetta sovra infezione batterica va valutata e scelta sulla base del quadro clinico. Non è raccomandata nelle prime 48-72 ore	Attivare USCA Attivare ricovero chiamando il 118 se peggioramento del quadro clinico nel monitoraggio dei pazienti a 7-14 gg di malattia
		Tosse		Idratazione e cura dell'alimentazione.		
		Anosmia e ageusia	Controllo temperatura corporea e atti respiratori 2 volte al giorno	In età pediatrica non ci sono evidenze scientifiche sull'uso dei farmaci sedativi della tosse		
		SpO ₂ < 95% in aria ambiente				
		PA e FC normali	Controllo SpO ₂			
		Non alterazioni dello stato di coscienza	Controllo PA e FC	Terapia antibiotica. Si può considerare: Amox/clav secondo il peso e letà del paziente per 5 gg. Cortisonici, in età pediatrica non ci sono evidenze scientifiche sull'uso. Enoxaparina: in età pediatrica non ci sono evidenze scientifiche sull'uso del farmaco in età pediatrica a domicilio		

- *Gli antibiotici indicati sono esemplificativi e rispecchiano una scelta attuabile in caso di sospetta sovra infezione batterica polmonare o di accertata broncopolmonite (ecografia e/o tac).*

IDENTIFICAZIONE DEI CASI CONFERMATI AD ALTO RISCHIO DI OSPEDALIZZAZIONE CON ATTIVAZIONE DEL 118

RED FLAGS O INDICATORI DI ALLERTA PER SARS-COV-2 IN ETÀ PEDIATRICA CON INDICAZIONE AL RICOVERO



1. Aumento delle frequenza respiratoria (RR): > 50 apm (2.12 mesi), > 40 apm (1.5 anni), >30 apm (>5 anni) (dopo aver escluso gli effetti di febbre pianto).
2. Febbre alta > a 38° persistente per tre-cinque giorni o un decorso della malattia più di una settimana senza nessun miglioramento dei sintomi o esacerbazione progressiva.
3. SpO₂ < 95% a riposo e non
4. Iporeattività letargica

RACCOMANDAZIONI PER UNA MIGLIORE GESTIONE TERAPEUTICA

- Non modificare terapie croniche in atto;
- Non utilizzare idrossiclorochina, la cui efficacia non è stata confermata in nessuno degli studi clinici in età pediatrica controllati fino ad ora condotti;
- Attenzione all'aderenza alla terapia cronica, in particolare per i farmaci antidiabetici;
- I soggetti in trattamento immunosoppressivo cronico per pregresso trapianto d'organo o per patologia immunomediata non devono sospendere il trattamento farmacologico in corso, salvo diversa indicazione da parte dello specialista curante;
- In caso di diarrea, evitare farmaci che riducono la motilità intestinale e supportare con l'idratazione orale;
- Evitare farmaci in aerosol;
- Ad oggi a domicilio i corticosteroidi non vengono contemplati come utilizzo nella letteratura scientifica;
- La saturazione è accettabile se superiore al 95%;
- Consigliare un'alimentazione corretta ricca di frutta verdura e pesce di lisca;
- Non esistono ad oggi, evidenze solide e incontrovertibili di efficacia di supplementi vitaminici e integratori alimentari, il cui uso in questo caso non è raccomandato.

RIASSUMENDO IN ETÀ PEDIATRICA AD OGGI I PROTOCOLLI TERAPEUTICI CONTEMPLANO SOLTANTO USO DI FARMACI QUALI: PARACETAMOLO E NEI CASI PIÙ GRAVI L'IBUPROFENE.

Bibliografia

1. Alsohime F, Temsah MH, Al-Nemri AM, Somily AM, Al-Subaie S. COVID-19 infection prevalence in pediatric population: Etiology, clinical presentation, and outcome. *J Infect Public Health*. 2020 Dec;13(12):1791-1796.
2. Cruz AT, Zeichner SL. COVID-19 in Children: Initial Characterization of the Pediatric Disease. *Pediatrics*. 2020 Jun;145(6):e20200834.
3. Lee-Archer P, von Ungern-Sternberg BS. Pediatric anesthetic implications of COVID-19-A review of current literature. *Paediatr Anaesth*. 2020 Jun;30(6):136-141.
4. Yonker LM, Shen K, Kinane TB. Lessons unfolding from pediatric cases of COVID-19 disease caused by SARS-CoV-2 infection. *Pediatr Pulmonol*. 2020 May;55(5):1085-1086.
5. Thampi S, Yap A, Fan L, Ong J. Special considerations for the management of COVID-19 pediatric patients in the operating room and pediatric intensive care unit in a tertiary hospital in Singapore. *Paediatr Anaesth*. 2020 Jun;30(6):642-646.
6. Mehta NS, Mytton OT, Mullins EWS, Fowler TA, Falconer CL, Murphy OB, Langenberg C, Jayatunga WJP, Eddy DH, Nguyen-Van-Tam JS. SARS-CoV-2 (COVID-19): What Do We Know About Children? A Systematic Review. *Clin Infect Dis*. 2020 Dec 3;71(9):2469-2479.
7. Yasuhara J, Kuno T, Takagi H, Sumitomo N. Clinical characteristics of COVID-19 in children: A systematic review. *Pediatr Pulmonol*. 2020 Oct;55(10):2565-2575.
8. Yilmaz O, Gochicoa-Rangel L, Blau H, Epaud R, Lands LC, Lombardi E, Moore PE, Stein RT, Wong GWK, Zar HJ. Brief report: International perspectives on the pediatric COVID-19 experience. *Pediatr Pulmonol*. 2020 Jul;55(7):1598-1600.
9. Simon Junior H, Sakano TMS, Rodrigues RM, Eisenkraft AP, Carvalho VEL, Schwartsman C, Reis AGADC. Multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19 from the pediatric emergency physician's point of view. *J Pediatr (Rio J)*. 2021 Mar-Apr;97(2):140-159.
10. Rodriguez C, Morris C, Hsu AL. Pediatric Care in the Age of COVID-19. *Pediatr Ann*. 2020 Sep 1;49(9):e403-e404.