Giugno - ISSN 2611-5573 (print) - ISSN 2611-5212 (online) - Periodico trimestrale - Periodico bimestrale. Poste Italiane Srl - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 conv.in L.27/02/2004 n°46 art.1, comma 1, DCB PISA - Aut. Trib. di Pisa n. 6/92 del 6/2/1992

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

Schede di Telemedicina per il Pediatra di Famiglia

Pronti per la Fase 3

Equivalenti emicranici

Teen Dating Violence

EMDR, terapia poco conosciuta ma efficace

02 2020

PueriMed S.R.L.

PACINI EDITORE MEDICINA

ilmedicopediatra 02 2020

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri www.fimp.pro

DIRETTORE ESECUTIVO
Paolo Biasci

DIRETTORE RESPONSABILE
Valdo Flori

COMITATO DIRETTIVO
Paolo Biasci
Luigi Nigri
Antonio D'Avino
Costantino Gobbi
Domenico Careddu
Mattia Doria
Paolo Felice
Luciano Basile
Martino Barretta

COMITATO DI REDAZIONE
Mario Marranzini
Michele Fiore
Valdo Flori
Adima Lamborghini

CONTATTI
ilmedicopediatra@fimp.pro

© COPYRIGHT BY
Federazione Italiana Medici Pediatri
Via Parigi 11, 00161 Roma

EDIZIONE
Pacini Editore Srl, Via A. Gherardesca 1
56121 Pisa • www.pacinimedicina.it
DIVISIONE PACINI EDITORE MEDICINA
Andrea Tognelli
Medical Projects and Publishing Director
Tel. 050 3130255 • atognelli@pacinieditore.it
Fabio Poponcini, Sales Manager
Tel. 050 3130218 • fpoponcini@pacinieditore.it
Alessandra Crosato, Junior Sales Manager
Tel. 050 3130239 • acrosato@pacinieditore.it
Manuela Mori, Advertising
and New Media Manager
Tel. 050 3130217 • mmori@pacinieditore.it
REDAZIONE
Lucia Castelli
Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacinieditore.it
GRAFICA E IMPAGINAZIONE
Massimo Arcidiacono
Tel. 050 3130231 • marcidiacono@pacinieditore.it
STAMPA
Industrie Grafiche Pacini • Pisa

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

editoriale

1 Pronti per la Fase 3
P. Biasci

Pediatria di Famiglia e Telemedicina

a cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

3 Introduzione

4 Febbre

9 Tosse

13 Vomito

19 Diarrea

24 Eruzioni cutanee

31 Pianto del neonato e del lattante

34 Tremori del neonato e del lattante

attività professionale

37 Vomito ciclico, emicrania addominale, vertigine parossisitica e torcicollo cronico: sono sempre equivalenti emicranici?
E. Bernkopf, G.C. De Vincentiis, F. Macrì, G. Bernkopf

attualità

47 *Teen Dating Violence* ovvero il NON amore tra adolescenti
G. Longobardi, A. Amelio

51 L'EMDR: una terapia poco conosciuta ma efficace anche nei bambini
P. Miglioranzi

news

56 XVII Corso di Medici in Africa

www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it

Le fotocopie per uso personale del lettore (per propri scopi di lettura, studio, consultazione) possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico, escluse le pagine pubblicitarie, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla Legge n. 633 del 1941 e a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi: https://www.clearedi.org/topmenu/HOME.aspx. I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati. I dati sono utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione. Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare o cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo al Titolare del Trattamento: Pacini Editore Srl - Via A. Gherardesca 1 - 56121 Ospedaletto (Pisa). Per ulteriori approfondimenti fare riferimento al sito web http: www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it/informativa-privacy-privacy-policy/. Nota dell'Editore: www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it/la-rivista/. Finito di stampare nel mese di Giugno 2020 presso le IGP, Pisa.

15 - 17 ottobre 2020

VIRTUAL LIVE EDITION

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri
per la cultura pediatrica

a braccia aperte a...

XIV CONGRESSO NAZIONALE 2020

SEGUI GLI AGGIORNAMENTI:

www.congressonazionalefimp2020.it

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

AIM GROUP INTERNATIONAL

ilmedicopediatra 2020;29(2):1-2;

Pronti per la Fase 3

Paolo Biasci

Presidente FIMP

L'apertura della Fase 2 dell'emergenza COVID-19 ha comportano modifiche nell'ambito delle nostre attività professionali. Pur mantenendo in atto tutti gli atteggiamenti di precauzione di prevenzione dei contagi, di adozione di modelli organizzativi di accesso allo studio con appuntamento, di permanenza nelle sale di aspetto e di visita, di utilizzo di dispositivi di protezione individuale adeguati, di sanificazione degli ambienti, con l'evolversi della situazione si è avviata una graduale ripresa delle attività proprie della Pediatria di Famiglia, che in parte erano state sospese.

Alcuni aspetti particolari, sia di tipo professionale sia di tipo organizzativo, sono stati maggiormente approfonditi, con alcune novità, come l'utilizzo di nuovi strumenti di telemedicina, che sono dettagliate nel loro corretto utilizzo nelle pagine di questo numero della nostra rivista.

Queste ultime settimane sono state caratterizzate da una ripresa a pieno regime delle nostre attività assistenziali, gli studi sono tornati a essere frequentati dai nostri pazienti, abbiamo avviato una fase di chiamata attiva per recuperare quanto era stato rimandato nella fase acuta della pandemia. Abbiamo implementato e organizzato le nostre attività assistenziali iniziando da quelle che riteniamo più importanti e che più caratterizzano l'ambito delle Cure Primarie: il Progetto Salute Infanzia con l'esecuzione dei Bilanci di Salute e degli Screening previsti, con particolare attenzione al Neurosviluppo. Ma è fondamentale e lo sarà ancora nei prossimi mesi, il recupero delle vaccinazioni non effettuate in questi mesi, affinché si possa tornare ai valori di copertura dello scorso anno. Su questo aspetto ancora una volta vorrei sollecitare tutti a impegnarsi attivamente, perché ritengo che sia opportuno che tutti i Pediatri di famiglia, indipendentemente dalle modalità di esecuzione (presso i servizi distrettuali o presso il proprio studio) procedano a una verifica delle coperture vaccinali sui propri assistiti e mettano in atto le più efficaci strategie di recupero delle vaccinazioni per i bambini che hanno dovuto sospenderle durante la Fase 1 dell'epidemia da COVID-19.

How to cite this article: Biasci P. Pronti per la Fase 3. Il Medico Pediatra 2020;29(2):1-2.

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri

OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

Sempre in ambito vaccinale, tra poco più di due mesi saremo impegnati nella campagna di vaccinazione per l'influenza, favorendo la più ampia adesione nell'età pediatrica. Quest'anno c'è una particolare attenzione per gli indirizzi della Circolare Ministeriale e anche noi siamo chiamati in causa. Ricordo che l'adesione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale è un compito del Pediatra di famiglia previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale.
La prossima apertura delle scuole ci preoccupa non poco per le conseguenze che comporterà nelle nostre attività professionali. Per questo FIMP ha predisposto e inviato alcuni documenti ai Ministeri competenti affinché fossero prese in considerazione strategie operative e organizzative idonee al contenimento dei contagi e alla gestione degli stessi in un contesto di infettività diffusa per le comuni malattie respiratorie tipiche dell'infanzia.
Avremo soprattutto necessità di prescrivere il tampone diagnostico, piuttosto che segnalare il caso-sospetto come avvenuto nella fase 1, e recepire la risposta in 24h, affinché la nostra attività professionale possa essere espletata con modalità corrette ed efficaci, nell'interesse dei pazienti e della collettività.
Ma non solo di questo avremo bisogno, perché gli studi dei Pediatri di famiglia sono carenti di personale di studio, sia esso segretariale che infermieristico. C'è bisogno di una svolta, che permetta alla categoria di strutturarsi su un livello organizzativo superiore all'attuale, di investire sulla professione, di farsi carico di esigenze assistenziali importanti, che spettano a noi più che ad altri, affinché il nostro ruolo si adegui allo sviluppo delle Cure Primarie ormai in atto e possa permettere ai giovani Pediatri di guardare al futuro con ottimismo.
La FIMP è molto impegnata da questo punto di vista e coglie ogni occasione per sollecitare le istituzioni su progettualità nuove, ma anche per difendere la Pediatria di Famiglia da altre categorie professionali che tentano in modo ormai chiaro di appropriarsi di attività assistenziali proprie del Pediatra, per recuperare un ruolo nell'ambito dell'assistenza a bambini e adolescenti.
Non dovremo permetterlo!

ilmedicopediatra 2020;29(2):3

Pediatria di Famiglia e Telemedicina

Introduzione

Mattia Doria

Segretario Nazionale FIMP alle Attività Scientifiche ed Etiche

Di fronte a condizioni che impediscano la possibilità di una visita diretta di un bambino per il quale il genitore chieda una valutazione, è necessario sviluppare strategie alternative e integrate per una prima e approfondita valutazione della condizione presentata.

Tali strategie possono essere raggruppate in 2 principali tipologie di intervento integrate:

1. **triage telefonico approfondito e strutturato per sintomi** (va restituita dignità clinica e riconoscimento normativo alla consultazione telefonica: non tutto ciò per cui il Pediatra viene contattato necessita di valutazione presso lo studio);
2. **utilizzo di strumenti e sistemi di consultazione e valutazione clinica a distanza**.

Il **primo punto** può essere sviluppato implementando in modo strutturato i principi, la metodologia e le tecniche della "**Pediatria al telefono**" in coerenza con gli elementi di buone pratiche cliniche a partire dalle evidenze scientifiche più accreditate.

Il **secondo punto** può trovare un adeguato sviluppo attraverso la valorizzazione e il potenziamento degli strumenti e dei sistemi di comunicazione, oggi ampiamente diffusi, che consentono **la videochiamata o la rapida condivisione di file immagine, audio, audio-video**.

Con tali sistemi i genitori, adeguatamente guidati dal proprio Pediatra di famiglia, possono integrare i dati raccolti attraverso il classico triage telefonico con altri importanti elementi clinici necessari alla migliore definizione del caso presentato.

Il gruppo di lavoro ha iniziato a sviluppare l'approccio al triage telefonico integrato con le possibili strategie di consultazione e valutazione clinica a distanza (telemedicina) dei principali sintomi di pertinenza pediatrica.

Le schede che vi presentiamo rappresentano un work-in-progress che verrà periodicamente aggiornato e implementato.

How to cite this article: Doria M Pediatria di Famiglia e Telemedicina. Introduzione. Il Medico Pediatra 2020;29(2):3.

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri

OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

ilmedicopediatra 2020;29(2):4-8;
doi: 10.36179/2611-5212-2020-012

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Febbre

Obiettivi generali

- Usare il video-consulto in maniera efficiente, per rendersi conto delle condizioni generali del bambino
- Dare istruzioni ai genitori sul sintomo oggetto del tele-consulto
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto

Obiettivi specifici per il sintomo febbre

- Individuare i segnali che possono costituire un'elevata possibilità di etiologia grave e/o di possibile evoluzione sfavorevole della malattia alla base della febbre, con particolare riguardo ai bambini con caratteristiche che sono ad alto rischio di sviluppare gravi infezioni batteriche o virali
- Fornire indicazioni sulle modalità operative e sull'utilità dell'uso del teleconsulto nel caso di un bambino con febbre

STEP 1: RED FLAGS

Individuare i bambini a rischio elevato e rilevare i segnali che possono sottendere processi morbosi gravi e pericolosi

A. Fattori di rischio

RED FLAGS che richiedono possibile visita in ambiente idoneo [studio del Pediatra di libera scelta (PLS) o Pronto Soccorso (PS)] ☎

- Immunodepressione (congenita o acquisita)
- Neoplasie

RED FLAGS che richiedono visita in ambiente idoneo (studio del PLS o PS) dopo approfondimento attraverso valutazione dei sintomi e segni di accompagnamento ed eventuale teleconsulto ☎

- Condizioni sindromiche
- Disturbi dello sviluppo neuro-motorio
- Diabete
- Anemia falciforme

B. Sintomi di allarme

RED FLAGS che richiedono sempre visita in ambiente idoneo (studio del PLS o PS) ☎ 🎥

- Cefalea intensa che non recede con la somministrazione di paracetamolo
- Assenza di reattività agli stimoli, sopore (***video*** *dei genitori che chiamano il bimbo e lo stimolano in base all'età**)

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Febbre. Il Medico Pediatra 2020;29(2):4-8. https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-012

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri

OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

RED FLAGS che richiedono visita in ambiente idoneo (studio del PLS o PS) dopo approfondimento con teleconsulto ☎

- Respiro difficoltoso, polipnea (***video***)
- Rash petecchiale (***fotografia, video o collegamento video***)
- Tachicardia da valutare in apiressia (valutazione manuale da parte del genitore o con strumenti di rilevamento come cardiofrequenzimetro, saturimetro, misuratore di pressione automatico o eventuali APP di smartphone)
- Temperatura > 39° tra 1 e 3 mesi

C. Altri elementi

- "Grave preoccupazione dei genitori"
- "Istinto clinico"

STEP 2: INQUADRAMENTO GENERALE

A. Età del bambino

RED FLAGS che richiedono sempre visita in ambiente idoneo (studio del PLS o PS) ☎

- < 1 mese RICOVERO SEMPRE
- 1-12 mesi ➔ fare sempre stix urine e se possibile PCR (tra 1-3 mesi valutare anche livello TC°: se > 39° rischio di malattia severa)

B. Caratteristiche della febbre

- **Sede di misurazione della temperatura da parte dei genitori** ☎
  - Fornire consiglio telefonico: sede ascellare con termometro digitale fuori dalle coperte da almeno 20 minuti
- **Caratteristiche della febbre** ☎
  - Presenza di brividi
  - Durata: se > 5 giorni con esantema, congiuntivite ed enantema (***fotografie*** dell'esantema e delle congiuntive o ***video***) considerare dubbio di sindrome di Kawasaki (***ricovero***: necessario emocromo per conta piastrinica ed eventuale valutazione cardiologica)

C. Contesto famigliare ☎

- Famigliari ammalati, con quali sintomi e da quando
- Famigliari COVID-19 positivi
- Famiglia in quarantena per contatto COVID-19 positivo esterno al nucleo dei conviventi
- Viaggi recenti

D. Altri dati relativi alla storia del bambino ☎

- Storia di febbre ricorrente (PFAPA, ecc.)
- Terapie farmacologiche continuative

STEP 3: CARATTERISTICHE CLINICHE

A. Condizioni generali del bambino

- **Aspetto**
  - Colorito
    - Roseo
    - Pallido
    - Bluastro
  - Espressione del volto
    - Serena, sguardo vigile
    - Spenta, tesa, sofferente
    - Occhi infossati e alonati
- **Comportamento** (prima e dopo l'eventuale somministrazione di un farmaco antipiretico)
  - Stato di veglia
    - Quieto
    - Agitato
  - Sonno
    - Impossibilità a dormire da molte ore
    - Risveglio pronto alla stimolazione
    - **Risveglio solo per brevi momenti e solo con stimolazione prolungata ➔ visita indifferibile presso struttura idonea**
  - Pianto
    - Vivace, in modo simile a quando il bambino non è ammalato
    - **Lamentoso o con singhiozzi, debole o stridulo ➔ visita indifferibile presso struttura idonea**
    - Durata breve, a intermittenza ma ripetutamente, continuo
    - Consolabile
    - Inconsolabile
  - Alimentazione
    - Assunzione di qualche alimento e bevanda

- **rifiuto completo soprattutto di liquidi ➔ visita indifferibile presso struttura idonea**
  - attività motoria
- Bambino attivo, alzato dal letto, svolge qualche attività (gioco, interessi)
- **Bambino molto debole, facile affaticabilità ➔visita indifferibile presso struttura idonea**
  - Reazione agli stimoli
- Interazione adeguata se sollecitato, sorriso alla proposta di gioco, attenzione
- Assenza di sorriso, attenzione assente anche per brevi momenti
- **Inespressività, espressione ansiosa, apatia ➔ visita indifferibile presso struttura idonea**

* 🎥 **Video** - *riprese di insieme del bambino con buona esposizione alla luce e in diverse situazioni*:

- **lasciato tranquillo sdraiato e\o seduto osservando il suo atteggiamento spontaneo**:
  - mantiene la postura seduta, interagisce col genitore, afferra gli oggetti sorride ➔ **proseguire valutazione**
  - preferisce restare coricato, sembra disinteressato e stanco, pianto lamentoso ➔ **visita indifferibile presso struttura idonea**
- **richiamo verbale** del genitore:
  - si gira verso il genitore, sorride, interagisce bene ➔ **proseguire valutazione**
  - appare apatico abbattuto ➔ **visita indifferibile presso struttura idonea**
- **dopo stimolazione tattile** e se necessario dopo stimolazione dolorosa:
  - reagisce in modo adeguato ➔ **proseguire valutazione**
  - con scarsa vivacità e\o pianto lamentoso ➔ **visita indifferibile presso struttura idonea**
- **valutare la capacità di movimento** (in braccio al genitore se < 6-7 mesi):
  - mantiene postura eretta e attento agli stimoli esterni ➔ **proseguire valutazione**
  - si appoggia alla spalla del genitore ed è poco reattivo ➔ **visita indifferibile presso struttura idonea**
  - se gattona e cammina osservare equilibrio e regolarità del movimento

B. Sintomi di accompagnamento della febbre (vedi anche schede relative a questi sintomi)

☎ 🎥

- Vomito
- Diarrea
- Tosse
- Eruzioni cutanee
  - "Test del bicchiere"
- Respiro affannoso
  - Numero di respirazioni molto più alto del solito?
  - Sforzo nel respirare o fame d'aria (come dopo una corsa)
  - Rumori nel respiro
  - Torace e pancia che si muovono in modo diverso rispetto a quando il bambino sta bene
  - Bambino che cerca di mettersi seduto per respirare meglio
- Cefalea
- "Batticuore"

STEP 4: DECISIONI OPERATIVE

A. Notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica sufficienti per escludere la presenza delle RED FLAGS

Orientamento verso condizione non grave
senza necessità di valutazione clinica
o di accertamenti a breve ⬇

1. *Rassicurazione dei genitori*
2. *Indicazioni sulle misure di attenuazione degli eventuali malesseri collegati al rialzo della temperatura e per la sorveglianza del decorso*
3. *Indicazioni per una corretta idratazione*
4. *Disponibilità a una rivalutazione al modificarsi del quadro clinico o in caso di persistenza della febbre*

B. Notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica insufficienti per una valutazione adeguata delle RED FLAGS ⬇

Possibilmente acquisizione di elementi più precisi e diretti attraverso strumenti audiovisivi a distanza

STEP 5: PREPARAZIONE VIDEOCONSULTO

Istruzioni tecniche e metodologiche al genitore per l'acquisizione degli elementi audiovisivi e per il video-consulto

STEP 6: EPICRISI

A. Conferma dai segni e sintomi rilevati al video-consulto della possibilità di poter continuare la gestione "a distanza" ↓

Programmazione tempi e modi del follow-up

B. In base ai segni e sintomi al video-consulto sospetto di patologia non gestibile "a distanza" ↓

Programmazione e organizzazione della valutazione diretta del bambino (in fase di emergenza COVID-19 e nell'impossibilità di escludere tale patologia seguire le procedure previste dall'organizzazione locale dell'assistenza)

STRUMENTI PER IL PEDIATRA

La valutazione al telefono di bambini febbrili incontra le principali difficoltà nella descrizione dello stato generale e dei sintomi da parte dei genitori, soprattutto perché sono spesso molto preoccupati per il loro bambino malato e questa preoccupazione può condizionare il processo di triage.
Di seguito sono riportati alcune tabelle di riferimento e parametri clinici.

Tabella di riferimento della frequenza respiratoria per età

Età	FR (rpm)
0-2 mesi	> 60
2-12 mesi	> 50
1-5 anni	> 40
6-12 anni	> 30
>12 anni	> 20

Tabella di riferimento della frequenza cardiaca per età

Età	FC (bpm)
< 12 mesi	> 160
12-24 mesi	> 150
2-5 anni	> 140

Valutazione delle caratteristiche della febbre

- valore della TC e rischio di malattia severa:
  - bambini di età > 6 mesi: non considerare la sola temperatura elevata come fattore di rischio per malattia severa
- non usare la durata della febbre come criterio predittivo di malattia batterica severa
- non utilizzare la risposta alla terapia antipiretica per differenziare tra malattia severa e non

Test del bicchiere

- premendo un bicchiere di vetro trasparente saldamente contro l'eruzione cutanea, le macchie sbiadiscono o si riesce a vederle attraverso il vetro?
- (se la pelle è scura controllare sulle zone più pallide, come palme delle mani, piante dei piedi, pancia e all'interno delle palpebre)

Elementi osservabili con le diverse tecniche

Fotografia	Colorito Espressione del volto Rash e altre caratteristiche cutanee Aspetto Congiuntivite Stomatite Angina
Registrazione audio	Tosse Rumori respiratori Pianto
Registrazione video e videochiamata	Colorito Espressione del volto Rash e altre caratteristiche cutanee Congiuntivite Stomatite Angina Presenza di brividi Comportamento (in veglia e sonno) Pianto Attività motoria Reazione agli stimoli Frequenza respiratoria Segni di dispnea
Cardiofrequenzimetro, saturimetro, misuratore di pressione automatico o eventuali APP di smartphone	Frequenza cardiaca
Termometro	Temperatura

Febbre

INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE		
Età del bambino	• < 1 mese ➔ ricovero • 1-12 mesi ➔ stix urine, possibilmente PCR	**RED FLAGS** • **Età** < 1 mese • **Immunodepressione** (congenita o acquisita) • **Neoplasie** • **Condizioni sindromiche** • **Disturbi sviluppo neuro-motorio** • **Diabete** • **Anemia falciforme**
Livello della febbre	• 1-3 mesi ➔ se > 38°C rischio di malattia severa • 3-6 mesi ➔ se > 39°C rischio di malattia severa	
Durata della febbre	• ≥ 5 giorni ➔ valutare se presenza esantema, congiuntivite e enantema (m. Kawasaki)	
Contesto familiare	• Famigliari ammalati, con quali sintomi e da quando • Famigliari COVID-19 + • Famiglia in quarantena per contatto COVID-19 + esterno ai conviventi • Viaggi recenti	
Altro	• Storia di febbre ricorrente (PFAPA, ecc.) • Terapie farmacologiche continuative	

TELECONSULTO			
Condizioni generali del bambino			
Aspetto			
Colorito	Roseo, come quando sta bene	Pallido	Scuro, bluastro
Espressione del volto	Serena, sguardo vigile	Occhi infossati e alonati	Spenta, tesa, sofferente
Comportamento (dopo antipiretico)			
Stato di veglia	Quieto	Agitato	Impossibilità a dormire da molte ore
Sonno	Pronto risveglio alla stimolazione	Risveglio solo per brevi momenti e solo dopo stimolazione prolungata	Non risvegliabile o non riesce a restare vigile se svegliato
Alimentazione	Normale o apppena ridotta	Assunzione di qualche alimento o bevanda	Rifiuto completo, soprattutto di liquidi
Pianto	Vivace, simile a quando il bambino non è ammalato, di breve durata, consolabile	Lamentoso o con singhiozzi; a intermittenza, ma ripetutamente	Debole o stridulo; o continuo e inconsolabile
Attività motoria	Bambino attivo, alzato dal letto, in attività (gioco, interessi)	Ridotta	Bambino molto debole, facile affaticabilità, rimane a letto
Reazione agli stimoli	Interazione adeguata se sollecitato, sorriso alla proposta di gioco, attenzione	Assenza di sorriso, attenzione assente anche per brevi momenti	Inespressività, espressione ansiosa, apatia
Sintomi di accompagnamento della febbre			
Vomito	Vedi scheda specifica		**RED FLAGS** Richiedono sempre visita in ambiente idoneo: • **cefalea intensa** • **assenza di reattività agli stimoli, sopore** • **respiro difficoltoso, polipnea** • **rash petecchiale** • **tachicardia da valutare in apiressia** (valutazione manuale da parte del genitore o con strumenti di rilevamento come cardiofrequenzimetro, saturimetro, misuratore di pressione automatico o eventuali APP di smartphone)
Diarrea	Vedi scheda specifica		
Tosse	Vedi scheda specifica		
Eruzioni cutanee	Vedi scheda specifica		
Respiro affannoso	Tachipnea, dispnea, rumori respiratori, necessità di stare seduto		
Cefalea			
Batticuore			

ilmedicopediatra 2020;29(2):9-12
doi: 10.36179/2611-5212-2020-013

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Tosse

Obiettivi generali

- Usare il video-consulto in maniera efficiente, per rendersi conto delle condizioni generali del bambino
- Dare istruzioni ai genitori sul sintomo oggetto del tele-consulto
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto

Obiettivi specifici per il sintomo tosse

- Adottare la telemedicina in video-consulto in maniera appropriata per verificare le condizioni generali di salute del bambino laddove il triage/intervista telefonica non risulti esaustivo per il quadro diagnostico e la eventuale prescrizione terapeutica
- Fornire indicazioni nel caso di un bambino con tosse attraverso l'uso del teleconsulto

STEP 1. INQUADRAMENTO TELEFONICO DELLE RED FLAGS CHE PORTANO AD AZIONE IMMEDIATA [invio in Pronto Soccorso (PS), ricovero]

Valutazione del bambino attraverso i dati riferiti al telefono dai genitori

- **Condizioni generali**
  - Reattività (se apiretico il bambino gioca, guarda la TV, sembra reattivo? oppure resta nel letto sdraiato e non si muove? lo vede come tutti gli altri giorni?)
  - Beve e si alimenta regolarmente?
- **Attività respiratoria**
  - Come respira?
  - Fa fatica a respirare (ha il "fiato corto"/affanna/ha il respiro accelerato)?

STEP 1A. SNODO DECISIONALE

- Se le condizioni appaiono critiche già al telefono ➔ **azione immediata (ricovero, PS)**

STEP 2. INFORMAZIONI DA RACCOGLIERE ATTRAVERSO L'INTERVISTA TELEFONICA

- Sono presenti famigliari ammalati? Quali sintomi presentano e quando sono comparsi?
- Sono presenti famigliari COVID-19 positivi?
- La famiglia è in quarantena per contatto COVID-19 positivo esterno al nucleo dei conviventi?

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Tosse. Il Medico Pediatra 2020;29(2):9-12. https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-013

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri
OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

- Un genitore si allontana dal domicilio quotidianamente per recarsi al lavoro? (in assenza di cartella clinica)
- Età
- Malattie acute recidivanti (bronchiti asmatiformi recidivanti, OSAS, infezioni delle alte vie respiratorie (IRR, comprese otiti)
- Malattie croniche (asma, condizioni sindromiche, disturbi dello sviluppo neuro-motorio, diabete, ecc.)
- Assunzione cronica di farmaci

STEP 3. INQUADRAMENTO TELEFONICO DELLA TOSSE

Valutazione delle caratteristiche della tosse

- Da quanto tempo è presente la tosse?
- È presente durante il giorno o anche durante la notte?
- Si presenta prevalentemente in posizione supina, nel sonno o al risveglio?
- È comparsa improvvisamente di notte?
- È a crisi con senso di soffocamento o induce i conati di vomito?
- È abbaiante/metallica?
- È accompagnata da "fischi"?
- È "secca" oppure "catarrale" (colore catarro nasale o espettorato se bambino più grande)

*** Note per il Pediatra, valutare i sintomi di accompagnamento alla tosse**

Il bambino presenta oltre la tosse:

- Febbre
  - Valutazione delle caratteristiche della febbre (TC, giorni, ecc.)
  - La comparsa della tosse è antecedente alla comparsa della febbre o l'ha seguita?
- Dolore addominale (**RED FLAG** ➔ polmonite basale)
- Rinite
  - Ha il naso pulito?
  - Cola muco dal naso? (caratteristiche del muco; chiaro, viscoso, verde, giallo, ecc.)
  - Prurito al naso (esiste familiarità per allergia?)
- Congiuntivite
  - Prurito agli occhi (esiste familiarità per allergia?)
- Ha mal di gola o mal d'orecchio?

STEP 4. SNODO DECISIONALE

Le notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica ci possono orientare verso una condizione fisiologica:

➔ **tranquillizziamo i genitori**

Oppure

Le notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica ci possono orientare verso una condizione patologica (ad es. aumento della frequenza respiratoria, rientramenti al giugulo o agli spazi intercostali, ecc.) ➔ **chiediamo di effettuare una video registrazione o se possibile una video chiamata**

STEP 4A. ISTRUZIONI TECNICHE E METODOLOGICHE AL GENITORE PER IL VIDEO-CONSULTO

STEP 5. AUSILIO DELLA TELEMEDICINA

Per il Pediatra

Distress respiratorio

LIEVE: nessun affanno a riposo, lieve affanno durante la camminata, parla normalmente, compone frasi, può stare sdraiato, supino senza affanno, è presente respiro con sibilo all'auscultazione con fonendo

MODERATO: affanno a riposo, parla in modo spezzato, con poche frasi, non riesce a stare sdraiato supino, preferisce stare seduto, presenta modeste retrazioni costo sternali, è udibile il fischio mentre respira

GRAVE: grave affanno a riposo, è in grado di dire solo qualche parola per fatica a respirare, gravi retrazioni costo sternali, di solito si apprezza un netto respiro con sibili ovvero può avere crisi di apnea e cianosi

Valutazione di gravità del respiro mediante frequenza respiratoria:

- per bambini 0-2 mesi: > 60 atti respiratori/minuto
- per bambini 2-12 mesi: > 50 atti resp/min
- per bambini 1-5 anni: > 40 atti resp/min
- per bambini 6-12 anni: > 30 atti resp/min
- dai 12 anni e oltre: > 20 atti resp/min

(AUDIO episodio di tosse)

Il cellulare del genitore deve:

- essere impostato con l'applicazione del volume al massimo (max)

- essere posizionato con il versante del microfono vicino al volto del bambino durante la crisi di tosse e la registrazione deve durata per almeno 1 minuto
- essere posizionato vicino al volto quando il bambino è tranquillo e nel pianto per valutare tirage e cornage
- essere posizionato con il versante del microfono vicino alla bocca del piccolo se si cerca di avvertire i sibili (elemento estremamente difficile da avvertire con un audio)

FOTOGRAFIA (foto del fazzoletto)

- La superficie che contiene il catarro (fazzoletto) deve essere appoggiato a una superficie liscia (tavolo) ben illuminata
- La fotografia deve essere abbastanza lontana dalla superficie che raccoglie il catarro per una visione di insieme del muco nasale e\o dell'espettorato
- Una seconda fotografia può essere scattata da una posizione più ravvicinata per evidenziare i particolari del catarro se necessario (ad es. striature di sangue)

VIDEO

[*accorgimenti tecnici*] Il video deve essere registrato in un ambiente luminoso con audio attivato

- **VIDEO del bambino da sveglio vestito per valutare:**
  - la reattività spontanea del bambino (senza stimoli e interazione da parte del genitore)
  - la reattività dopo stimolo da parte del genitore che prova a chiamarlo a farlo camminare e giocare ecc.
- **VIDEO del bambino a torace nudo per valutare:**
  - i movimenti del torace e dell'addome per:
    - escludere respiro paradosso (sforzo respiratorio)
    - escludere respiro "appoggiato"

    [*accorgimenti tecnici*] la ripresa deve cogliere una inquadratura di insieme di torace e addome del bambino tranquillo (non nel pianto), in piedi o, se in braccio alla mamma, a torace dritto non appoggiato alla spalla di chi lo sostiene
  - i *rientramenti* a livello del giugulo e degli spazi intercostali

    [*accorgimenti tecnici*] La ripresa deve inquadrare lo spazio del giugulo a una distanza tale da vedere il collo e le spalle e per un tempo sufficiente

    [*accorgimenti tecnici*] La ripresa del torace deve inquadrare il torace in modo da poter valutare almeno un emitorace e i movimenti dei muscoli intercostali corrispondenti

Anche in questi casi il bambino deve essere tranquillo (non nel pianto), in piedi o, se in braccio alla mamma, a torace dritto non appoggiato alla spalla di chi lo sostiene

Se il video lo consente, provate a contare la frequenza respiratoria o – meglio – a insegnare ai genitori a contarla guidati da voi in videochiamata

- **VIDEO del bambino nel sonno**

  [*accorgimenti tecnici*] La registrazione del video NON deve disturbare il riposo del bambini. Il video deve essere registrato cercando di rivolgere verso il bambino una fonte luminosa in grado di rendere l'immagine soddisfacente e, come sempre, con audio attivato
  - russamento
  - caratteristiche della tosse
  - movimenti del bambino

STEP 5A. SNODO DECISIONALE

La presenza di segni e sintomi al video-consulto possono essere gestiti "a distanza" ➔ vai allo STEP 6

STEP 5B. SNODO DECISIONALE

La presenza di segni e sintomi al video-consulto sospetti di patologia non gestibile "a distanza" ➔ stabilire la visita

STEP 6. IPOTESI DIAGNOSTICA

STEP 7. PRESCRIZIONE TERAPIA

Tosse

INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE		
Età del bambino	• < 12 mese ➔ bronchiolite • Tutte le età ➔ aumento frequenza respiratoria (e F.C.)	**RED FLAGS** **Visita indifferibile in caso di:** • immunodepressione (congenita o acquisita) • neoplasie • fibrosi cistica **Visita dopo iniziale approfondimento telefonico e/o in teleconsulto con valutazione sintomi e segni d'accompagnamento:** • condizioni sindromiche • disturbi del neurosviluppo • asma grave
Caratteristiche della tosse	• 1-6 mesi ➔ se secca/stizzosa rischio di malattia severa • 1-6 mesi ➔ se accompagnata da febbre rischio di malattia severa • > 6 < 12 mesi ➔ particolare attenzione ai sintomi di accompagnamento	
Durata della tosse	• > 7 giorni ➔ 💻	
Contesto familiare	• Famigliari ammalati, con quali sintomi e da quando • Famigliari COVID-19 + • Famiglia in quarantena per contatto COVID-19 + esterno ai conviventi • Familiarità per asma (asma grave)	
Altro	• Dolore addominale ➔ polmonite basale • Rino-congiuntivite ➔ asma allergico	

TELECONSULTO			
Condizioni generali del bambino			
Aspetto	**Colorito** • roseo • pallido • bluastro	**Espressione del volto** • serena, sguardo vigile • spenta, tesa, sofferente • occhi infossati e alonati	**RED FLAGS** **Visita indifferibile in caso di:** • rifiuto completo d'alimentazione, soprattutto di liquidi • inespressività, apatia • "affanno" a riposo
Comportamento	**Stato di veglia** • quieto • agitato	**Sonno** • impossibilità a dormire	
	Alimentazione • assunzione di qualche alimento e bevanda • rifiuto completo	**Pianto** • vivace, simile a quando il bambino non è ammalato, lamentoso o con singhiozzi, debole o stridulo • durata breve, a intermittenza ma ripetutamente, continuo • consolabile, inconsolabile	**RED FLAGS** **Visita indifferibile se:** • preferisce restare coricato, sembra disinteressato e stanco • è poco reattivo • a richiamo verbale del genitore appare apatico, abbattuto
	Attività motoria • bambino molto debole, facile affaticabilità • bambino attivo, alzato dal letto, svolge qualche attività (gioco, interessi)	**Reazione agli stimoli** • interazione adeguata se sollecitato, sorriso alla proposta di gioco, attenzione • assenza di sorriso, attenzione assente anche per brevi momenti • inespressività, espressione ansiosa, apatia	
Sintomi di accompagnamento della tosse			
Febbre	Vedi scheda specifica		**RED FLAGS** **Che richiedono sempre visita in ambiente idoneo:** • cefalea intensa • assenza di reattività agli stimoli, sopore • (dei genitori che chiamano il bimbo e lo stimolano) **Che richiedono visita in ambiente idoneo dopo approfondimento con teleconsulto** • respiro difficoltoso, polipnea • tachicardia da valutare in apiressia • (valutazione manuale da parte del genitore o con strumenti di rilevamento come cardiofrequenzimetro, saturimetro, misuratore di pressione automatico o eventuali APP di smartphone)
Respiro affannoso	• Tachipnea • Dispnea • Rumori respiratori • Necessità di stare seduto		

ilmedicopediatra 2020;29(2):13-18
doi: 10.36179/2611-5212-2020-014

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Vomito

Obiettivi generali

- Usare il video-consulto in maniera efficiente, per rendersi conto delle condizioni generali del bambino
- Dare istruzioni ai genitori sul sintomo oggetto del tele-consulto
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto

Obiettivi specifici per il sintomo vomito

- Individuare ed escludere le cause di ricorso immediato o differito alla visita
- Prevenire la disidratazione
- Trattare il sintomo vomito in corso di gastroenterite
- Trattare la disidratazione lieve

BOX - PER IL PEDIATRA

Vomito: emissione e svuotamento forzato del contenuto dello stomaco attraverso la bocca

Conato: contrazione ritmica dei muscoli addominali e intercostali, senza emissione di contenuto dello stomaco

Nausea: sensazione di malessere che talvolta precede e accompagna ciascuna emissione di vomito

STEP 1. INFORMAZIONI FORNITE DALLA INTERVISTA TELEFONICA

Domande iniziali

a) Dati anamnestici generali (età, alimentazione, ecc.)
b) Dati anamnestici specifici - esordio
c) C'è qualcun altro in famiglia che presenta sintomi uguali o simili?
d) Quando è iniziato il vomito?
e) Quante volte ha vomitato oggi?
Nell'arco di quante ore? ➔ **inquadramento in lieve, moderato o grave**

BOX - PER IL PEDIATRA - Definizione di gravità del vomito

Lieve: 1-2 volte al giorno
Moderato: 3-7 volte al giorno
Grave: 8 o più volte al giorno

Le contrazioni anche ripetute dello stomaco (conati) non vengono considerate episodi di vomito. Episodi singoli di vomito devono essere intervallati da almeno10 minuti di pausa

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Vomito. Il Medico Pediatra 2020;29(2):13-18. https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-014

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri

OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

Dati clinici

- Cosa ha vomitato?
- Ha assunto liquidi?
- Per quanto tempo è riuscito a trattenerli?
- Che tipo di liquidi?
- Appare disidratato? – spiegare al genitore come e cosa riferire al riguardo (labbra e mucosa della bocca secche, lacrime scarse, occhi infossati o alonati)
- Ha urinato?
- Quando?
- Quanto?
- Quali sono le condizioni generali del bambino ("lo vede come sempre? Cosa nota?)
- Come si comporta?
- Cosa sta facendo ora? (Se dorme, cosa faceva prima di addormentarsi?)
- Ha febbre?
- Dove l'ha misurata
- Con quale termometro

STEP 2. LA PRESENZA DI UNA DELLE RED FLAGS IN RISPOSTA ALLE DOMANDE, INDIRIZZA VERSO IL RICORSO IMMEDIATO AL PRONTO SOCCORSO (PS)

RED FLAGS

- Il bambino appare debole, non si muove, non è in grado di stare in piedi, appare pallido
- Presenza di sangue vivo o digerito, in assenza di epistassi (*a eccezione del caso di poche striature, in un solo episodio e in età > 1 anno*)
- Difficoltà a svegliarsi oppure stato confusionale, letargia
- Sospetta ingestione di sostanze tossiche
- Età < 12 settimane e febbre > 38°
- Neonato (< 30 giorni)
- Vomito biliare per 2 o più episodi
- Vomito biliare ed età < 12 mesi
- Dolore addominale severo tra gli episodi di vomito per più di 1 ora
- Dolore addominale perdurante > 2 ore, dolore in fossa iliaca destra, peggioramento del dolore con il salto la deambulazione
- Sospetto di intussuscezione (di solito < 3 anni)
- Segni di disidratazione in età < 1 anno (anuria > 8 ore e secchezza di mucose e labbra, assenza di lacrime, aspetto sofferente)
- Segni di disidratazione in età > 1 anno (anuria > 12 ore e secchezza di mucose e labbra, assenza di lacrime, aspetto sofferente)
- Presenza di cefalea persistente > 2 ore, senza precedente diagnosi di emicrania
- Febbre > 40°
- Stato di immunodepressione (HIV, splenectomia, chemioterapia, terapia cronica steroidea)
- Situazioni di rischio (diabete, tumore cerebrale, Shunt V-P, recente intervento di chirurgia addominale
- Sintomi di diabete all'esordio
- Recente trauma cranico nelle 24 ore precedenti seguito da 2 episodi di vomito

STEP 3. ISTRUZIONI TECNICHE E METODOLOGICHE AL GENITORE PER IL VIDEO-CONSULTO

STEP 4. SNODI DECISIONALI

- Le condizioni indicate in **rosso** richiedono una valutazione urgente
- Le condizioni indicate in **blu** richiedono una valutazione che può essere differita, comunque entro le 24 ore
- Le condizioni indicate in **nero**, possono essere seguite attraverso un sistema di teleassistenza seguendo il triage e fornendo indicazioni, quando possibile, scritte (via mail, messaggio)
- Le indicazioni per la rivalutazione telefonica (per le condizioni che possono essere seguite in teleassistenza) sono inserite in apposita tabella

Quanti anni ha il bambino?

< 1 mese < 3 mesi	 + vomito a getto per 2 o più volte + vomito > 3 volte in 24 ore (vomito moderato) + vomito > 2 volte + febbre	Valutazione urgente in PS
< 1 anno > 1 anno < 24 mesi	+ vomito moderato per>24 ore + vomito moderato> 48 ore + vomito + febbre da > 24 ore	Richiede visita
< 1 anno > 1 anno Qualsiasi età Qualsiasi età	+vomito moderato da < 24 ore* + vomito moderato da < 48 ore** + vomito lieve da < 3 giorni*** + vomito grave + assenza di disidratazione@	Può essere seguito in teleassistenza

Quante volte ha vomitato oggi? Nell'arco di quante ore? ➔ INQUADRAMENTO IN: LIEVE, MODERATO o GRAVE

Grave	Con disidratazione Senza segni di disidratazione@
Moderato	Insorta da > 24 ore età < 1 anno Insorta da > 48 ore età > 1 anno Associato a febbre da > 24 ore età < 24 mesi Insorta da < 24 ore età < 1 anno* Insorta da < 48 ore età > 1 anno **
Lieve	Insorta da < 72 ore età < 1 anno*** Insorta da >72 ore età > 1 anno@@

Cosa ha vomitato?

Vomito biliare	Sì, in 2 o piu episodi Sì, in età < 12 mesi No	
Vomito ematico	Sì, sangue vivo o coaguli in assenza di epistassi No oppure Presenza di lievi striature ematiche in un solo episodio in età > 12 mesi	Valutazione urgente (eventuale visualizzazione in video o foto)

Appare disidratato? Ha urinato? Quando? Quanto?

Età < 1 anno No urine nelle ultime 8 ore e segni di secchezza delle mucose Età > 1 anno No urine nelle ultime 12 ore e segni di secchezza delle mucose
Qualunque età segni di disidratazione grave Valutare con video la ricerca di questi fattori 1. tempo di refill capillare (normale se < 2 secondi) (VIDEO) 2. presenza di lacrime (se piange) 3. secchezza delle mucose (soprattutto della lingua) (VIDEO) 4. aspetto generale (VIDEO) 5. Sollevamento in pliche della cute dell'addome (VIDEO) La presenza di due fattori tra i primi 4 è indice di disidratazione del 5% La presenza di 3 fattori tra i primi 4 indica una disidratazione grave

Ha febbre?

Sì	Età < 12 settimane Stato confusionale, letargia, sintomi neurologici Febbre > 40° Immunodepressione Bambino ad alto rischio Età < 24 mesi - insorta da > 24 ore Febbre ricomparsa dopo un intervallo di 24 ore Febbre associata a intensa faringodinia Assenza di compromissione neurologica, assenza di disidratazione
No	

Indicazioni alla rivalutazione

*	Fare richiamare se: • il bambino vomita tutto nelle successive 8 ore • Il vomito moderato persiste oltre 24 ore • il dolore addominale diventa costante o grave • compaiono segni di disidratazione • il bambino sembra peggiorato
**	Fare richiamare se: • il bambino vomita tutto nelle successive 8 ore (se ha > 6 anni nelle 12 ore) • Il vomito moderato persiste oltre 48 ore • il dolore addominale diventa costante o grave • compaiono segni di disidratazione • il bambino sembra peggiorato

***	Fare richiamare se: • il vomito moderato persiste oltre 72 ore • il dolore addominale diventa costante o grave • compaiono segni di disidratazione • il bambino sembra peggiorato
****	Fare richiamare se il bambino sembra peggiorato
@	Fare richiamare se: • compaiono segni di disidratazione • vomita tutto per 8 ore (12 ore se > 6 anni), pur assumendo soluzione reidratante in modo corretto • compare vomito ematico • il dolore addominale diventa costante o grave • il bambino sembra peggiorato
@@	Fare richiamare se: • il vomito moderato persiste oltre 72 ore • il dolore addominale diventa costante o grave • compaiono segni di disidratazione • il bambino sembra peggiorato

STEP 4. INTERVENTO

Consigli per la prevenzione della disidratazione e la reidratazione orale

Età < 12 settimane

- Se allattato con formula: 5 ml (1 cucchiaino) di latte formulato ogni 5 minuti
- Se allattato al seno: attaccare al seno per 5 minuti ogni 30 minuti

Se disponibile somministrare Soluzione Reidratante Orale (ORS)

Nel bambino allattato al seno non è necessario sospendere l'allattamento

Età > 12 settimane somministrare piccole quantità di ORS (5-10 ml) ogni 5 minuti

Età > 12 mesi la ORS può essere sostituita con acqua (se non è presente diarrea)

Bambino

- Sospendere l'assunzione di liquidi e solidi per 1 o due ore successive all'episodio
- Somministrare 1 cucchiaio di liquidi ogni 5 minuti per 4 ore (succo di frutta diluito con acqua, te deteinato zuccherato, brodo sgrassato, gelatina, ghiaccioli zuccherati
- Evitare l'assunzione di latte nelle 12-24 ore dopo l'episodio
- Dopo 8 ore dall'episodio può essere somministrato riso, patate lessate, crackers, pane tostato, succo di mela, banana
- Se è presente diarrea evitare l'assunzione di liquidi zuccherati e somministrare ORS (vedi scheda diarrea)

Vomito

INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE

Età del bambino	< 1 mese < 3 mesi con vomito a getto > 2 volte con vomito > 3 volte con vomito > 2 volte e febbre
	< 1 anno con vomito moderato > 24 ore > 1 anno con vomito moderato > 24 ore < 24 mesi con vomito e febbre > 24 ore
	< 1 anno con vomito moderato < 24 ore > 1 anno con vomito moderato < 48 ore Qualsiasi età vomito lieve < 3 giorni Qualsiasi età + vomito grave senza disidratazione
Intensità del vomito	• Grave con segni di disidratazione Grave senza segni di disidratazione > 1 anno
	Moderato da > 24 ore età < 1 anno da > 48 ore età > 1 anno da > 24 ore età < 24 mesi con febbre Moderato da < 24 ore età < 1 anno da < 48 ore età < 1 anno
	Lieve da < 72 ore età < 1 anno Lieve da > 72 ore età > 1 anno
Caratteristiche del vomito	Vomito biliare in 2 o più episodi Vomito biliare in età < 12 mesi
	Vomito ematico con sangue vivo o coaguli in assenza di epistassi Presenza di striature ematiche in un solo episodio in età 12 mesi
Condizioni generali del bambino	Il bambino appare debole, non si muove, non è in grado di stare in piedi, appare pallido Difficoltà a svegliarsi oppure stato confusionale e letargia Segni di disidratazione grave Presenza di cefalea persistente da due ore
Presenza di febbre	In un bambino di età < 12 settimane Associata a stato confusionale, letargia o sospetto di sintomi neurologici Febbre > 40° Immunodepressione Bambino ad alto rischio
	Età < 24 mesi insorta da > 24 ore Febbre ricomparsa dopo un intervallo di 24 ore Febbre associata ad intensa faringodinia
	Febbre in assenza di compromissione neurologica e disidratazione Assenza di febbre
Consigli per la reidratazione	Età < 12 settimane allattato al seno: attaccare per 5 minuti ogni 15 minuti allattato con formula 5 ml (1 cucc.no) di formula ogni 5 minuti Se disponibile somministrare ORS. Non sospendere l'allattamento nel bambino allatto al seno
	Età > 12 settimane somministrare piccole quantità di ORS (5-10 ml) ogni 5 minuti Età > 12 mesi è possibile sostituire ORS con acqua in assenza di diarrea

Condizioni che indicano il ricorso immediato al PS

Sospetta ingestione di sostanze tossiche
Dolore addominale severo per > 1 ora oppure > 2 ore in fossa iliaca destra
Sospetta intussuscezione (età < 3 anni)
Cefalea persistente da > 2 ore in assenza di pregressa diagnosi di emicrania
Febbre > 40°
Soggetto con immunodepressione , diabete, neoplasia cerebrale, shunt V-P, recente intervento di chirurgia addominale,
Segni sospetti di diabete all'esordio
Recente trauma cranico nelle 24 ore precedenti, seguito da 2 episodi di vomito

Definizione gravità del vomito

Grave : 8 o piu volte al giorno
Moderato : 3-7 volte al giorno
Lieve 1-2 volte al giorno

Inquadramento disidratazione

Età < 1 anno assenza di urine da 8 ore, segni di secchezza delle mucose
Età > 1 anno assenza di urine da 12 ore segni di secchezza delle mucose
Presenza di 3 fattori tra 1 primi quattro dei seguenti:

- tempo di refill capillare > 2 sec (VIDEO)
- assenza di lacrime
- secchezza delle mucose (VIDEO)
- aspetto generale sofferente (VIDEO)
- sollevamento in pliche della cute addominale (VIDEO)

Presenza di due fattori tra i primi 4 = disidratazione 5%

ilmedicopediatra 2020;29(2):19-23
doi: 10.36179/2611-5212-2020-015

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Diarrea

Obiettivi generali

- Adottare la telemedicina in video-consulto in maniera appropriata per verificare le condizioni generali di salute del bambino laddove il triage o intervista telefonica non è esaustiva per orientare la diagnosi, la gravità e l'urgenza e l'eventuale prescrizione terapeutica

Obiettivi specifici

- Fornire le indicazioni della telemedicina ai genitori nel caso di un bambino con diarrea
- Decidere se e quando il bambino con diarrea deve essere visitato in ambulatorio o inviato a ricovero

Caratteristiche cliniche

- La diarrea nei bambini è un disturbo gastrointestinale piuttosto frequente. È caratterizzata dall'emissione rapida di **feci con consistenza liquida o semiliquida** che si presenta più volte nell'arco della giornata. In genere si risolve spontaneamente in uno o due giorni
- È una delle più frequenti cause di ricovero, si stima che il numero di ricoveri sia intorno a 40.000 bambini sotto i 5 anni/anno, di cui almeno il 25% non necessari
- Se la diarrea dura più di due giorni il bambino potrebbe avere un problema più grave
- Può essere **acuta**, quando dura uno due giorni e scompare ed è causata da alimenti o infezione batterica o virale. Può essere **cronica** quando dura da più di due settimane e può dipendere ad esempio da malattie croniche intestinali come la MICI o la celiachia

TRIAGE TELEFONICO

1° STEP

Domande generali da porre ai genitori

- Nome
- **Età se < 12 mesi (attenzione soprattutto se prematuro o SGA)** peso del bambino
- Anamnesi di **patologie croniche personali** (che possono scompensarsi – endocrinologiche, metaboliche, neurologiche ecc.)
- Frequenta il nido o la scuola materna o comunque qual è il grado di socializzazione del bambino?
- Ha assunto farmaci nelle 24-48 ore precedenti? Se sì, quali?
- Ha eseguito il vaccino antirotavirus? (se il bambino ha >2 mesi o se lo ha fatto di recente)

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Diarrea. il Medico Pediatra 2020;29(2):19-23. https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-015

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri

OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

- C'è qualcun altro in famiglia che ha lo stesso problema?
- Un convivente presenta febbre e\o tosse
- Un convivente è affetto o sospetto COVID-19?

Domande sulle caratteristiche delle evacuazioni

- Da quanto tempo è iniziata la diarrea?
- Quante scariche nelle ultime 24 ore?
- Qual è la consistenza delle feci? Sono molto abbondanti? Sono liquide o poltacee?
- Qual è il colore delle feci?
- Si apprezza un odore delle feci?
- Presenza di **muco o sangue** nelle feci? ➔ **RED FLAG** per **salmonellosi** (soprattutto se presente febbre alta) o **invaginazione** (se con dolore a "poussè" anche senza evacuazione)
- Ha dolore nell'evacuazione?

Domande sulle condizioni del bambino

- Com'è il colorito del bambino? Il bambino è tranquillo, attento, vigile o agitato, irritabile, sonnolento?
- Presenta febbre, occhi alonati?
- Presenta **tachicardia e\o tachipnea**?
- Si è alimentato nelle ultime 24 ore?
- Ha **vomitato**? Quante volte nelle ultime ore?
- Ha sete? Ha bevuto poco o regolarmente nelle ultime 24 ore? **Presenta minzioni assenti-scarse** o regolari (pannolini con pipi nelle ultime ore)?
- Ha la **lingua asciutta** o umida, **piange senza lacrime**?
- In un lattante se possibile valutare:
  - la fontanella bregmatica appare piatta o **depressa**?
  - il **peso corporeo si è ridotto del 5%**?
- Segni e sintomi importanti ➔ **RED FLAG** per disidratazione (si possono utilizzare gli Score Clinici – Fig. 1-1a)

2° STEP TELECONSULTO

Se i dati raccolti durante il triage telefonico non risultano sufficienti, si può avviare contestualmente il teleconsulto.

Premessa. Prima di richiedere qualsiasi ulteriore supporto multimediale facilitare l'esecuzione di foto, video o videochiamata suggerendo informazioni utili al corretto ed appropriato utilizzo dello strumento digitale da adottare in base al sintomo o ai parametri vitali da visualizzare

Fotografia

- Per visualizzare, la consistenza delle feci, il colore, la presenza di sangue
- Per valutare il colorito del bambino, gli occhi, le labbra
- Per valutare la zona perianale

Video o una videochiamata

- Per valutare se il bambino è sonnolento, se reagisce, se gioca
- Per valutare il pianto, con o senza lacrime
- Per valutare nel lattante la fontanella bregmatica

3° STEP

A questo punto si può desumere:

- una situazione clinica che permette terapia dietetici e reidratante (Fig. 2-2a) da effettuarsi a domicilio, senza necessità di controllo in ambulatorio tranquillizzando i genitori e chiedendo una recall 24 ore
- una situazione che richiede controllo clinico
- una situazione che richiede intervento terapeutico non eseguibile a domicilio (subito o dopo recall 24 ore) (Tab. I)

Con avvio terapia domiciliare o invio presso struttura idonea per la prosecuzione di diagnosi e\o cure del caso

Figura 1. Disidratazione.

	Lieve	Moderata	Grave
Cute al tatto	Normale	Secca	Ruvida
Mucose della bocca	Umide	Secche	Screpolate
Occhi	Normali	Approfonditi nell'orbita	Infossati
Lacrime	Presenti	Ridotte	Assenti
Fontanella	Piatta	Depressa	Infossata
SNC	Consolabile	Irritabile	Letargico
FC	Normale	Lievemente aumentata	Tachicardia
Flusso urinario	Normale	Diminuito	Anuresi

Figura 1a. Scala di Gorelick (Gorelick M. Pediatrics 1997).

Occhi alonati	1	Tempo di Refill >2"	1*
Mucose visibili asciutte	1	Polso radiale debole	1
Pianto senza lacrime	1	Tachicardia >150 bpm (senza febbre)	1*
Pliche cutanee persistenti >2"	1	Tachipnea	1*
Stato generale compromesso	1*	Oliguria	1*

SCORE: * **red flags (fattori di rischio per disidratazione grave)**
<3 punti: disidratazione lieve < 5%--> codice verde
Da 3 a 5 punti: disidratazione moderata 5-8%--> codice giallo
Da 6 a 10 punti: disidratazione grave ≥ 9%--> codice rosso

Figura 2. Reidratazione per via orale.

- Lattanti < 3 mesi con disidratazione lieve:
  - se allattati al seno non devono interrompere l'allattamento ma aumentare il numero di poppate
  - se allattati con formula proporre il latte formulato con il cucchiaino ogni 5-10 minuti
  - se disponibile o necessario somministrare soluzione reidratante orale (ORS)
- Lattanti > 12 settimane somministrare soluzione reidratante orale in piccole quantità ogni 5-10 minuti
- Età >12 mesi somministrare soluzione reidratante orale (ORS)

Figura 2a. Trattamento essenziale della diarrea acuta.

Subito

Reidratazione
Somministrare soluzioni orali
Glucosaline senza limitazioni

Dopo 4-6 ore

Rialimentazione

Meno di 1 anno
Il latte materno non va mai sospeso; aumentare il rapporto amidi/fibre

Più di anno
Rialimentare rapidamente e con tutti i cibi

Solo in rari casi e secondo l'agente eziologico

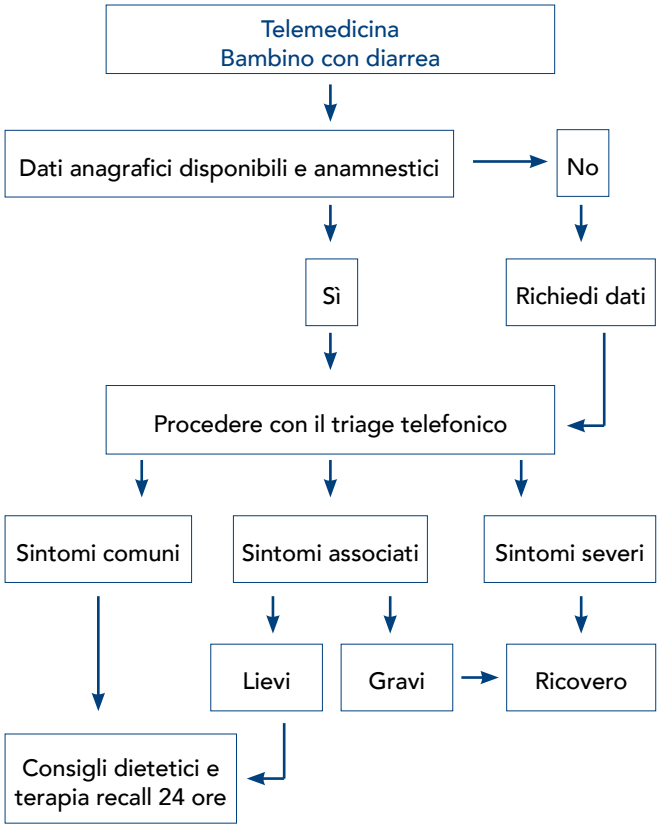
Trattamento farmacologico

Tabella I.

Indicazioni al ricovero
• Età < 3 mesi e segni di disidratazione
• Bambino sonnolento, poco reattivo, irritabile o convulsioni
• Vomito incoercibile o biliare
• Disidratazione che necessita reidratazione endovena
• Rifiuto o impossibilità alla reidratazione per os
• Scarsa affidabilità parentale
• Sospetto di patologie come l'appendicite, la pielonefrite, l'invaginazione, la polmonite
• Shock

Indagini diagnostiche
• Coltura delle feci (coprocoltura) per identificare i batteri che possono causare diarrea
• Esami del sangue, delle feci e delle urine
• Radiografia addominale
• Ecografia addominale
• Colonscopia
• Test per identificare allergie o intolleranze alimentari

Cause di diarrea
• **Infezioni batteriche** come Salmonella, *Campylobacter* ed *Escherichia coli, Yersinia Enterocolitica*
• **Infezioni virali** come *Citomegalovirus* e *Rotavirus*
• **Allergie o intolleranze** alimentari come quella al lattosio
• **Parassitosi** come il *Cryptosporidium* la *Giardia lamblia*
• **Patologie infiammatorie** come il morbo di Crohn, la colite ulcerosa, la sindrome del colon irritabile e la celiachia
• **Effetti avversi ai farmaci** come antibiotici e FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei)
• **Stress**, irritabilità e ansia
• **Malassorbimento**



BIBLIOGRAFIA

NICE Diarrhoea and vomiting in children 2009. Disponibile al link: http://pathways.nice.org.uk/pathways/diarrhoea-and-vomiting- in-children. NICE Pathway last updated: 10 January 2019

Capriati T, Guarino A, Lo Vecchio A, a cura di. Linee guida ESPGHAN per la gestione della gastroenterite acuta nei bambini europei. Giorn Gastr Epatol Nutr Ped 2015;VII:134-40.

Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D,et al. ESPGHAN European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines, Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. JPGN 2014;59:132-52.

Il pediatra al telefono: audit e formazione permanente. Medico e bambino 2001;20:95-8.

Pierattelli M, Cappelli E, Inzitari N, et al. Diarrea Acuta. Farmaci Essenziali - aprile 2000. Disponibile al link: www.occhioclinico.it/OCP/art/0004far.html

www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/diarrhea-in-children

Diarrea

TRIAGE TELEFONICO		
Età del bambino	• < 3 mese ➔ segni e sintomi di disidratazione • < 12 mesi ➔ attenzione soprattutto se prematuro o SGA	**RED FLAGS** • **Età < 3 mese e segni di disidratazione** • **Bambino sonnolento, poco reattivo, irritabile, convulsioni** • **Disidratazione che necessita reidratazione endovena** • **Rifiuto o impossibilità alla reidratazione per os** • **Scarsa affidabilità parentale** • **Sospetto di patologie importanti** • **Shock**
Anamnesi	• Patologie croniche con possibile scompenso ➔ endocrinologiche, metaboliche, neurologiche, … • Frequenza comunità ➔ nido, scuola materna… • Assunzione farmaci ➔ nelle 24-48 precedenti • Vaccino antirotavirus	
Anamnesi familiare	• Patologie croniche con possibile scompenso ➔ endocrinologiche, metaboliche, neurologiche, ... • Anamnesi patologica familiare ➔ diarrea, febbre, tosse • Familiare affetto o sospetto COVID-19	
Caratteristiche delle evacuazioni	• Tempo d'esordio, numero di scariche • Consistenza delle feci ➔ quantità, consistenza • Presenza odore • Muco, sangue nelle feci ➔ RED FLAG per salmonellosi • Dolore nell'evacuazione	
Condizioni generali del bambino	• Colorito, reattività • Febbre, occhi alonati • Tachicardia e/o tachipnea • Vomito • Grado di disidratazione quantità di liquidi assunti nelle 24 ore, aspetto lingua, presenza pianto, quantità lacrime • Nel lattante valutazione fontanella bregmatica, calo ponderale ≥ 5% **Presenza di segni e sintomi importanti (gravi, severi) ➔ INDICAZIONE AL RICOVERO**	

CONDIZIONI GENERALI DEL BAMBINO			
Fotografia			
Aspetto feci	Consistenza, colore, morbide: nella norma	Feci secche, colore verde sporadico	Liquide, poltacee; colore: verde prolungato, rosso e/o nero, sangue
Colorito	Roseo, come quando sta bene	Pallido	Scuro, bluastro
Zona perianale	Normale	Arrossata	Ragadi, emorroidi estroflesse
Video o videochiamata			
Espressione e aspetto del volto	Serena, sguardo vigile, labbra rosee, occhi normali	Occhi infossati e alonati	Spenta, tesa, sofferente, labbra violacee
Attività motoria/reattività	Vigile, gioca	Sonnolento, poco reattivo, irritabile	Convulsioni, shock, collasso
Pianto	Con lacrime	Qualche lacrima	Assenza di lacrime
Fontanella bregmatica	Normale	Leggermente infossata	Depressa
Sintomi di accompagnamento della diarrea			
Vomito	Vedi scheda specifica		
Febbre	Vedi scheda specifica		
Disidratazione	Vedi Figura 1 e 2		

ilmedicopediatra 2020;29(2):24-30
doi: 10.36179/2611-5212-2020-016

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

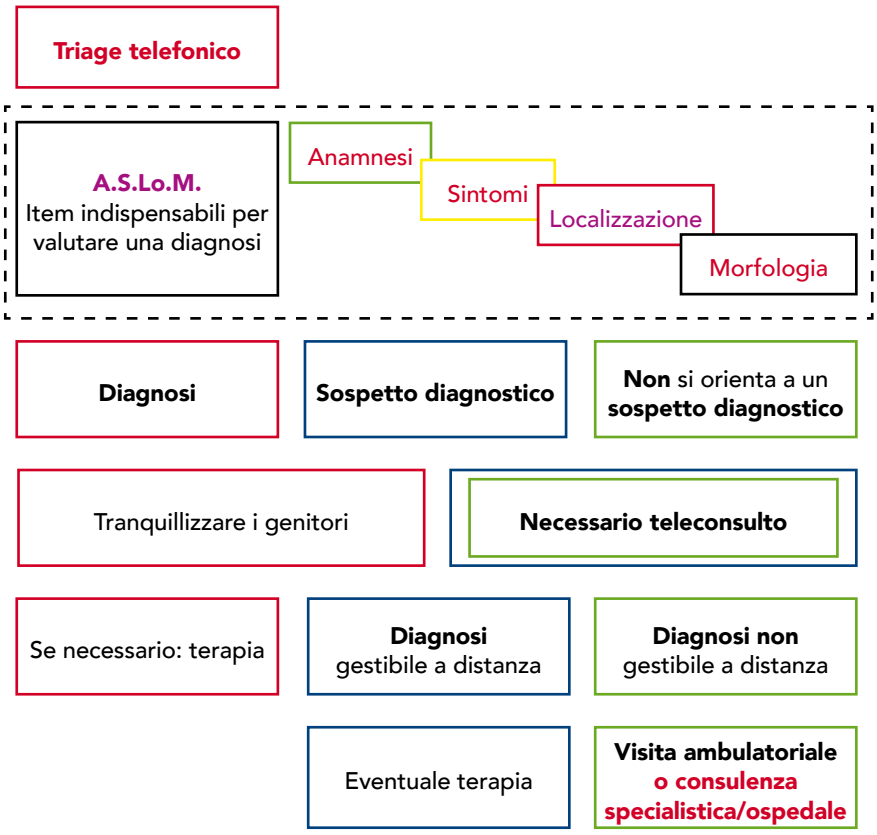
Eruzioni cutanee

Obiettivi generali

- Usare il tele e/o video consulto in maniera efficiente, per la diagnosi delle lesioni dermatologiche
- Dare istruzioni, rassicurare, eventualmente consigliare una terapia
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto in ambulatorio o eseguire una consulenza

Premessa

Circa il 30% delle visite pediatriche effettuate in ambulatorio, sono per problemi dermatologici, tra cui soprattutto eruzioni cutanee. Il 68% di tutte le visite per cause dermatologiche in età pediatrica in Italia, sono eseguite da Pediatri di famiglia.
È necessario, quindi, da parte del Pediatra conoscere una minima semiologia dermatologica e saper raccogliere una opportuna storia clinica e di localizzazione della lesione, il tutto per poter meglio orientare il sospetto diagnostico. Per questo motivo ci si può avvalere dell'acronimo A.S.Lo.M. (Anamnesi, Sintomi; Localizzazione, Morfologia).



How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Eruzioni cutanee. Il Medico Pediatra 2020;29(2):24-30. https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-016

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri
OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

STEP 1. TRIAGE TELEFONICO

Anamnesi	**S**intomi	**Lo**calizzazione	**M**orfologia
1. Durata dell'eruzione	1. Febbre	1. Localizzazione	1. Morfologia lesione
2. Trattamenti usati	2. Prurito	2. Distribuzione	2. Forma
3. Lesioni in famiglia	3. Sintomi generali	3. Polimorfismo	3. Colore
4. Esposizioni ambientale			4. Aspetto iniziale ed evolutivo

Step 1.1
Anamnesi: telefono
- Da quanto tempo dura: ore, giorni, settimane: **durata**
- La lesione è fissa e/o scompare: **manifestazione temporale**
- Ha usato prodotti per la lesione: cosmetici, farmaci: **trattamenti**
- Altre lesioni simili o altre patologie familiari dermatologiche o non dermatologiche: **patologie**
- Ambiente in cui vive o a cui è venuta a contatto: **ambiente**

Step 1.2
Sintomi associati
- Febbre - Prurito - Astenia - Edema - Altro

Step 1.3
Localizzazione
- singole o multiple (indicarne possibilmente il numero)
- generalizzate (diffuse a più distretti corporei)
- localizzate: solo testa, solo tronco, solo arti, solo mani e piedi
- con distribuzione casuale o simmetrica (due arti sup. o due arti inf., ecc.)
- se esposte alla luce solare o su zone protette dal sole

Morfologia

Step 1.4.1
1) **Tipo di lesione**: secondo lei le lesioni sono:
- Piatte, non palpabili, piccole (< 10 mm, circa un centesimo di euro): **macula**
- Rilevate, piccole (< 10 mm), palpabili (passando la mano sulla cute): **papule**
- Palpabili (> 10 mm), sopraelevate o depresse rispetto alla cute: **placche**
- Fisse, di dimensioni più ampie, fisse o mobili, talvolta di consistenza dura: **noduli**
- Piccole bolle, chiare o torbide, uniche o multiple: **vescicole**
- Bolle più grandi (> 10 mm), piene di liquido limpido o torbido: **bolle**
- Vescicole contenenti materiale purulento, giallastro: **pustole**
- Sopraelevate, con edema localizzato, pruriginose ed eritematose: **pomfo**
- Vi è una perdita di sostanza parziale e/o totale dell'epidermide: **erosione**
- Erosioni più profonde con perdita dell'epidermide e parte del derma: **ulcera**
- Piccoli puntini emorragici che non scompaiono alla digitopressione: **petecchie**
- Area emorragica più estesa, clinicamente palpabile: **porpora**

Step 1.4.2
2) **Forma della lesione**: secondo lei, le lesioni hanno forma:
- come una linea retta: **lineari**
- come un anello con una zona centrale più chiara o più scura: **anulari**
- come una moneta: **nummulari**
- come un bersaglio a cerchi concentrici: **a bersaglio**
- come se fosse un piccolo serpente: **serpiginose**

Step 1.4.3
3) **Colore della lesione**: secondo lei, le lesioni hanno un colore:
- uguale a quello della cute circostante
- chiaro o bianco come un foglio di carta
- scuro: dal marrone al nero
- rosso, rossastro, blu

Step 1.4.4
4) **Evoluzione**: secondo lei, la lesione:
- è rimasta invariata dall'inizio
- è cresciuta nel tempo

Possibili scenari: le notizie ricevute al telefono possono:
1) orientare verso una **diagnosi gestibile a distanza**:
   a) tranquillizziamo i genitori
   b) terapia, se necessaria
2) orientare verso un **sospetto diagnostico gestibile a distanza**:
   a) necessario un **teleconsulto**
   b) dare istruzioni per il teleconsulto
3) **non** orientare verso un **sospetto diagnostico**:
   a) necessario un **teleconsulto**
   b) dare istruzioni per il teleconsulto

STEP 2. TELECONSULTO

Necessario istruire il genitore sulle tecniche e metodologie per eseguire una opportuna documentazione fotografica e inviarla per via telematica.
Chiedere al genitore **se può** eseguire una o **più foto o una video chiamata** con lo smartphone, cercando:
- una buona messa a fuoco
- una buona esposizione a una fonte di luce (possibilmente naturale)
- di riprendere la lesione – secondo necessità – per intero, per parti del corpo (volto, tronco, ecc.) e particolareggiata

a) Applicare **tutto o in parte il metodo A.S.Lo.M.** al telefono o video consulto
b) **Possibili scenari: le notizie ricevute al telefono possono**:
   1) orientare verso una **diagnosi gestibile a distanza**: eventuale terapia
   2) orientare verso una **diagnosi non gestibile a distanza**: necessaria una **visita ambulatoriale**

3) **non orientare** verso una diagnosi: necessario e indispensabile una **visita ambulatoriale** o una consulenza specialistica o invio in ospedale

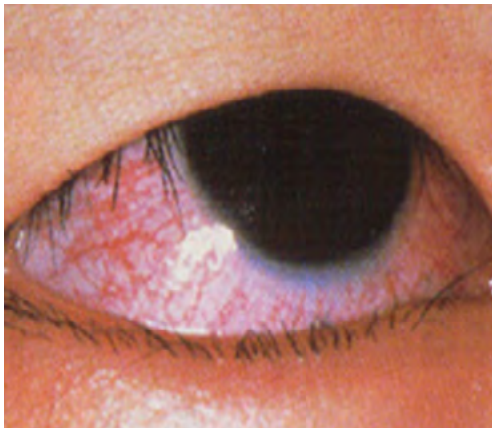
Esempi di patologie secondo il metodo A.S.Lo.M.

Mononucleosi: Esantema

Anamnesi	Astenia marcata e febbre o febbicola, più spesso adolescenti, comparsa improvviso, spesso dopo assunzione di ampi e/o amoxicillina
Sintomi	Epato-spleno megalia, adenopatia
Localizzazione	Generalizzato, soprattutto tronco e arti
Morfologia	Esantema maculo- papulare morbilliforme

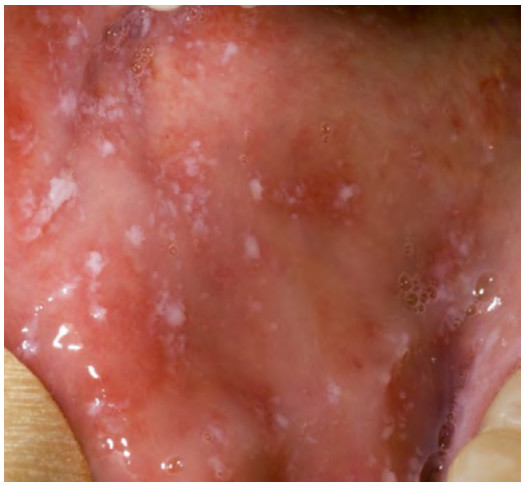
Malattia di Kawasaki

Anamnesi	Esantema "aspecifico", eritema palmare e plantare, edema indurativo mani e piedi, desquamazione lamellare acrale
Sintomi	Enantema marcato, linfoadenopatia cervicale, severo impegno generale, congiuntivite
Localizzazione	Generalizzato, anche palmo mani e pianta dei piedi
Morfologia	Bambini piccoli, in modo epidemico, febbre elevata e persistente



Morbillo

Anamnesi	Fase prodromica, della durata di 2-4 giorni, febbre e almeno una delle "tre C" (tosse, rinite, congiuntivite) (*cough, coryza, conjunctivitis*), macchie di Koplik (a volte, se presenti, patognomoniche)
Sintomi	La febbre scompare quando il rash si arresta nella sua evoluzione
Localizzazione	Generalizzato
Morfologia	Esantema maculo-papulare a diffusione cranio-caudale; la scomparsa della eruzione può essere accompagnato da desquamazione secca; fino a 2-3 giorni per la progressione



Rosolia

Anamnesi	Fase prodromica, della durata di 1-2 giorni, talvolta febbre, lieve tosse e rinite
Sintomi	L'eruzione sfuma entro 2-4 giorni, è più veloce del morbillo, senza residui pigmentari della pelle; linfoadenopatia retronucale a volte
Localizzazione	Generalizzato
Morfologia	Esantema maculo-papulare a diffusione cranio-caudale, meno intensa rispetto al morbillo, eruzione in poche ore

Esantema Subitum (VI Malattia)

Anamnesi	Febbre per 2-3 giorni, e poi appare l'eruzione non appena termina la febbre. Il tempo di eruzione del rash la distingue dal morbillo e dalla rosolia
Sintomi	Lieve astenia
Localizzazione	Generalizzata
Morfologia	Eruzione maculo-papulare sistemica. Si diffonde dal volto al collo, viso e le estremità entro 24 ore e scompare dopo 1-2 giorni

Eritema Infettivo (V Malattia)

Anamnesi	Le lesioni cutanee coincidono con la comparsa della risposta anticorpale e il declino della malattia
Sintomi	Lieve astenia
Localizzazione	Guance; dopo 1-3 giorni ci può essere una generalizzazione dell'esantema, che può interessare anche la radice degli arti
Morfologia	Eritema brillante e confluente delle guance

Eruzioni cutanee

INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE		POSSIBILI SCENARI le notizie ricevute al telefono possono:
Anamnesi	• **Durata**: da quanto tempo dura: ore, giorni settimane? • **Manifestazione temporale**: la lesione è fissa e/o scompare • **Trattamenti**: ha usato prodotti per la lesione: cosmetici, farmaci • **Patologie familiari**: lesioni simili o altre patologie dermatologiche e non • **Ambiente**: ambiente in cui vive e/o è venuta a contatto	• Orientare verso una diagnosi gestibile a distanza • Tranquilizziamo i genitori • Eventuale terapia
Sintomi associati	• **Febbre - Prurito - Astenia - Edema - Altro**	
Localizzazione	• Singole o multiple: indicare presumibilmente il numero • Generalizzate: per tutto il corpo? • Localizzate: solo testa, solo tronco, solo arti, solo mani e piedi • Distribuzione casuale o simmetrica • In zone esposte alla luce solare o in zone coperte	• Orientare verso un sospetto diagnostico gestibile a distanza • Necessario un teleconsulto • Dare istruzioni per il teleconsulto
Morfologia	• **Tipo di lesione**: macula, papula, placca, noduli, vescicole, bolle, pustole, pomfo, erosione, ulcera, petecchie, porpora • **Forma della lesione**: lineare, anulare, nummulare, a bersaglio, serpiginosa • **Colore della lesione**: uguale a quella della cute circostante, bianca, scura, rossastra, bluastra, grigiastra • **Evoluzione**: rimasta invariata dall'inizio, è cresciuta nel tempo	• Non orientare verso un sospetto diagnostico • Necessario un teleconsulto • Dare istruzioni per il teleconsulto
TELECONSULTO		**POSSIBILI SCENARI:**
Istruzioni	• Necessario istruire il genitore sulle tecniche e metodologie per eseguire una opportuna documentazione fotografica e inviarla per via telematica • Chiedere al genitore se può eseguire una o più foto o una video chiamata con lo smartphone, cercando: – Una buona messa fuoco – Una buona esposizione a una fonte di luce, possibilmente naturale – Di riprendere la lesione – secondo necessità- per intero o per parti del corpo • Applicare tutto o in parte l'**A.S.Lo.M.** al telefono o video consulto	• Orientare verso una diagnosi gestibile a distanza • Eventuale terapia • Orientare verso una diagnosi non gestibile a distanza • Utile visita ambulatoriale • Non orientare verso una diagnosi • Utile visita ambulatoriale
Mononucleosi	Vedi scheda specifica	
M. di Kawasaki	Vedi scheda specifica	
Morbillo	Vedi scheda specifica	
Rosolia	Vedi scheda specifica	
Esantema Subitum	Vedi scheda specifica	
Eritema infettivo	Vedi scheda specifica	

ilmedicopediatra 2020;29(2):31-33
doi: 10.36179/2611-5212-2020-017

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Pianto del neonato e del lattante

Obiettivi

- Usare il video-consulto in maniera efficiente, per rendersi conto delle valutare le condizioni generali del neonato
- Dare istruzioni, rassicurare
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto

Chiamata telefonica

PER IL PEDIATRA: dalla seconda settimana di vita i neonati piangono mediamente per circa 2 ore al giorno raggiungendo un picco a sei settimane di vita (3 ore al giorno) con un decremento a un'ora al giorno intorno ai tre mesi di vita. Il pianto è essenzialmente pomeridiano o serale. Nessun neonato piange per nulla

Tener presente che la percezione che hanno i genitori del pianto spesso non correla con una reale patologia

PER IL PEDIATRA: gli accessi in ambulatorio di neonati e lattanti per pianto inconsolabile rappresentano una percentuale importante tra le nostre consulenze. La conclusione più comune prevede l'osservazione domiciliare e la rassicurazione dei genitori. In alcuni casi il pianto inconsolabile nasconde patologie complesse a esordio subdolo che un corretto uso della video-registrazione da parte dei genitori può svelare precocemente

RED FLAGS: IL BAMBINO SOLITAMENTE TRANQUILLO PIANGE FORTE E A LUNGO SENZA UN MOTIVO EVIDENTE. NON SI CONSOLA QUANDO È IN BRACCIO

Condizione fisiologica	**Diagnosi** gestibile a distanza	**Sospetto diagnostico** gestibile a distanza	**Sospetto diagnostico** gestibile
Se necessario: terapia	Eventuale terapia	**Necessario teleconsulto**	**Visita ambulatoriale**
		Diagnosi gestibile a distanza	
		Visita ambulatoriale	

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Pianto del neonato e del lattante. Il Medico Pediatra 2020;29(2):31-33. https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-017

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri

OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

STEP 1. Informazioni attraverso l'intervista telefonica

- È allattato al seno o prende latte artificiale?
- Quanto tempo dura il pianto; lo ha mai misurato con l'orologio?
- E con quale frequenza si presenta?
- Piange forte? È così stanco che quasi non lo sente piangere?
- Quando lo prende in braccio si consola?
- Ha mangiato? Ha preso peso nelle ultime settimane?
- Se il bimbo è allattato al seno, Quale dieta sta seguendo la madre?
- La madre, beve molto caffè? Fuma? Prende qualche farmaco?
- Il bambino ha fatto la pipì? Ha fatto la cacca? Ha fatto delle scorregine?
- Ha vomitato? Ha febbre?

STEP 2. Le notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica ci possono:

a) orientare verso una condizione fisiologica: tranquillizziamo i genitori
b) orientare verso una diagnosi gestibile telefonicamente
c) orientare verso sospetto diagnostico gestibile con un teleconsulto o una video registrazione da parte dei genitori
d) orientare verso un sospetto diagnostico gestibile solo ambulatorialmente

STEP 3. Istruzioni tecniche per il genitore per la video-registrazione e la video-chiamata

STEP 4. Durante il teleconsulto o la video registrazione, osservare se sono presenti alcuni segni utili per un corretto orientamento diagnostico:

- difficoltà respiratoria
- ecchimosi o gonfiore cranico e in altre parti del corpo, arrossamento e/o rigonfiamento dello scroto
- osservare gli occhi del bambino per escludere abrasione della cornea
- osservare le dita di mani e piedi e il pene per escludere un laccio da pelo
- movimenti anomali o contrazioni di una qualsiasi parte del corpo
- estrema irritabilità (la manipolazione o lo spostamento accentuano il pianto)

STEP 5. La presenza di un segno sospetto ci deve indurre a richiedere la visita in ambulatorio

PER IL PEDIATRA: La causa del pianto nel neonato è nel 95% dei casi funzionale e solo nel 5% è di natura organica
CAUSE PATOLOGICHE DI PIANTO INCONSOLABILE • *Infezioni: meningiti; encefaliti; sepsi; otite media acuta; onfalite* • *Affezioni cardiovascolari: miocarditi* • *Patologie gastrointestinali: malrotazioni con volvolo; intussuscezioni; reflusso; stipsi; ragadi anali; gastroenterite acuta; intolleranza al latte vaccino; coliche gassose* • *Sostanze tossiche: esposizione a farmaci tramite il latte materno* • *Dermatologiche: eczema; punture d'insetto* • *Traumi: traumi non accidentali; fratture; abrasioni corneali* • *Neurologiche: idrocefalo* • *Metaboliche: alterazioni degli elettroliti; ipoglicemia; difetti del metabolismo*

Pianto del neonato e del lattante

PIANTO INCONSOLABILE DEL NEONATO: INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE		
Età del bambino	• < 1 mese - ANAMNESI PERINATALE SOSPETTA ➔ Visita in ambulatorio • 1-3 mesi - Valutazione telefonica	**RED FLAGS** **Il bambino solitamente tranquillo piange forte e a lungo senza un motivo evidente. Non si consola quando è in braccio**
Anamnesi	• Tipo di fecondazione, figlio unico, famiglia monoparentale, famiglia allargata • Prematurità. Allattamento al seno o artificiale. Crescita e alvo. Ambiente e abitudini familiari. In caso di allattamento al seno indagare sulle abitudini alimentari della madre, se fuma o se prende farmaci • Ascoltare la madre sulle cause del pianto, le sue sensazioni sul comportamento del bambino	
Caratteristiche del pianto	• Il pianto all'inizio è di bassa intensità, poi diventa più forte e ritmico, si consola appena è allattato ➔ Segno rassicurante, rivalutazione telefonica • Il pianto è intenso, prolungato è seguito da una fase di silenzio con singhiozzi alternati a brevi inspirazioni ➔ Segno poco rassicurante, rivalutazione telefonica, teleconsulto • Il pianto dura più di 3 ore al giorno, è così stanco che quasi non lo sente piangere ➔ Segno poco rassicurante teleconsulto, • Il pianto dura almeno un'ora e si ripete più volte al giorno indipendentemente dal pasto ➔ Segno poco rassicurante teleconsulto	
Quando piange	• Il pianto è essenzialmente pomeridiano o serale, si arresta quando lo si abbraccia ➔ Segno rassicurante, rivalutazione telefonica • Il pianto si presenta prima della poppata, quando deve essere cambiato, quando non fa il ruttino ➔ Segno rassicurante, rivalutazione telefonica	

COSA OSSERVARE DURANTE IL TELECONSULTO		
• **Controllare la posizione del bambino mentre succhia e la durata della poppata** • **Osservare come la madre prova confortare il bambino**	➔	**Consiglio telefonico e rivalutazione**
• **Difficoltà respiratoria** • **Ecchimosi o gonfiore cranico e in altre parti del corpo, arrossamento e/o rigonfiamento dello scroto** • **Osservare gli occhi del bambino per escludere abrasione della cornea** • **Osservare le dita di mani e piedi e il pene per escludere un laccio da pelo** • **Movimenti anomali o contrazioni di una qualsiasi parte del corpo** • **Estrema irritabilità (la manipolazione o lo spostamento accentuano il pianto)**	➔	**RED FLAGS** **Pianto da causa patologica** visita ambulatoriale e approfondimento diagnostico

CAUSE PATOLOGICHE DI PIANTO INCONSOLABILE		
Infezioni: meningiti, encefaliti, sepsi, otite media acuta, onfalite, miocarditi ***Patologie gastrointestinali: malrotazioni con volvolo, intussuscezioni, reflusso, stipsi, ragadi anali, gastroenterite acuta, intolleranza al latte vaccino, coliche gassose***	***Neurologiche: idrocefalo*** ***Dermatologiche: eczema, punture d'insetto*** ***Traumi: traumi non accidentali, fratture, abrasioni corneali***	***Sostanze tossiche*** ***Esposizione a farmaci tramite il latte materno*** ***Metaboliche: alterazioni degli elettroliti, ipoglicemia, difetti del metabolismo***

ilmedicopediatra 2020;29(2):34-36
doi: 10.36179/2611-5212-2020-018

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Tremori del neonato e del lattante

Obiettivi

- Usare il video-consulto in maniera efficiente, valutare le condizioni
- generali del neonato
- Dare istruzioni, rassicurare
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto

Chiamata telefonica

Premessa: i tremori nel neonato si manifestano nei momenti di passaggio da uno stato di coscienza a un altro, vale a dire dalla fase in cui sono addormentati, al momento in cui si svegliano. Un'altra causa è certamente il risveglio improvviso appena dopo la fase rem. In questi casi, per un breve lasso di tempo, il bambino può apparire disorientato. Caratteristica comune di tutti i tremori benigni è la transitorietà dei sintomi

RED FLAG: tremori diffusi agli arti, al mento,alla testa persistenti, della durata di oltre 30 secondi o tremori che ripetono tutti i giorni o più volte al giorno, necessitano di valutazione in ambulatorio

Condizione Fisiologica	**Diagnosi** gestibile a distanza	**Sospetto diagnostico** gestibile a distanza	**Sospetto diagnostico** gestibile
Se necessario: terapia	Eventuale terapia	**Necessario teleconsulto**	**Visita ambulatoriale**
		Visita ambulatoriale	
		Diagnosi gestibile a distanza	

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Tremori del neonato e del lattante. Il Medico Pediatra 2020;29(2):34-36. https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-018

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri

OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

STEP 1. Informazioni attraverso l'intervista telefonica

- Il tremore interessava tutto il corpo? Solo la testa? Solo un arto? O altra parte del corpo?
- Quanto è durato? È riuscito a conteggiarlo con l'orologio
- È svenuto?
- Quando lo ha preso in braccio ha finito di tremare?
- Quando si sono verificati i tremori? Al momento dell'addormentamento, al risveglio o in altro momento?
- Si sono verificati dopo un risveglio improvviso mentre dormiva? Il bambino le sembrava disorientato?
- Si sono verificati mentre il bambino era tranquillo e faceva altre cose?

STEP 2. Le notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica ci possono:

a) orientare verso una condizione fisiologica: tranquillizziamo i genitori
b) orientare verso una diagnosi gestibile telefonicamente
c) orientare verso sospetto diagnostico gestibile con un teleconsulto o una video-registrazione da parte dei genitori.
d) orientare verso sospetto diagnostico gestibile solo ambulatorialmente

STEP 3. Istruzioni tecniche e metodologiche al genitore per la video-registrazione

STEP 4.

PER IL PEDIATRA
I tremori in un neonato possono essere benigni o patologici
*Le **condizioni patologiche** associate a tremori sono: ipoglicemia, ipocalcemia, sepsi, emorragia cerebrale, ipertiroidismo, patologie neurologiche*

È fondamentale distinguere fenomeni motori non epilettici da quelli epilettici sia per il trattamento che per la prognosi, diventa indispensabile chiedere ai genitori di provare a video-registrare l'episodio se si ripete e di inviarlo al proprio Pediatra

STEP 5. Cosa deve osservare il Pediatra:

TREMORI

Il tremore benigno è solitamente un movimento involontario ritmico oscillatorio di uguale ampiezza intorno a un asse fisso, di frequenza rapida che si risolve con il contenimento da parte del genitore o del caregiver. Va distinto dalla mioclonia

MIOCLONIA

La Mioclonia è caratterizzata da brevi movimenti a scatto di un arto causato da una contrazione muscolare. Può essere localizzato a una parte del corpo o essere generalizzato. Può essere un singolo evento ma spesso è ripetitivo. A differenza del tremore è irregolare e aritmico e tende ad avere un'ampiezza maggiore. Eccetto rari casi (m. neonatale benigna del sonno) correla con le convulsioni

CONVULSIONI NEONATALI

Le convulsioni neonatali difficilmente si possono distinguere dalla normale attività neonatale. Possono manifestarsi con scatti clonici migranti degli arti o con movimenti di masticazione, nistagmo, cambiamenti episodici del tono muscolare. Le crisi tonico-cloniche generalizzate sono rare

Tremori del neonato e del lattante

TREMORE NEONATALE: INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE		
Età del bambino	• < 1 mese - ANAMNESI PERINATALE SOSPETTA ➔ Visita in ambulatorio	**RED FLAGS** **Anamnesi perinatale sospetta e tremori (valutazione sintomi e segni d'accompagnamento ed eventuale teleconsulto):** • condizioni sindromiche • ipoglicemia • ipocalcemia **Tremori diffusi agli arti, al mento, alla testa persistenti, della durata di oltre 30 secondi o tremori che si ripetono tutti i giorni o più volte la al giorno, necessitano di valutazione in ambulatorio**
Caratteristiche del tremore	Il neonato trema solo durante il pianto ➔ Segno rassicurante, rivalutazione telefonica Il tremore si arresta quando lo si abbraccia ➔ Segno rassicurante, rivalutazione telefonica Il tremore non si arresta quando lo si abbraccia ➔ Segno poco rassicurante video registrazione e teleconsulto, eventuali ulteriori indagini Tremori che si ripetono tutti i giorni o più volte al giorno ➔ Segno poco rassicurante video registrazione, visita ambulatoriale	
Durata del tremore	> 30 secondi o tremori che si ripetono tutti i giorni ➔ Segno poco rassicurante, videoregistrazione, visita in ambulatorio	
Quando si sono presentati tremori	Al momento dell'addormentamento o al risveglio ➔ Segno rassicurante, rivalutazione telefonica Si sono verificati mentre il bambino era tranquillo e faceva altre cose ➔ Segno poco rassicurante, teleconsulto, videoregistrazione	

COSA OSSERVARE ALLA VIDEO REGISTRAZIONE			
Caratteristiche del tremore	Movimento involontario ritmico oscillatorio di uguale ampiezza intorno a un asse fisso, di frequenza rapida che si risolve con il contenimento da parte del genitore o del caregiver	➔	**Tremori benigni**
	Brevi movimenti a scatto localizzati a un arto o a una parte del corpo o essere generalizzato Può essere un singolo evento ma spesso è ripetitivo. A differenza del tremore è irregolare e aritmico e tende ad avere un'ampiezza maggiore	➔	**Mioclonia**
	Scatti clonici migranti degli arti, movimenti di masticazione, nistagmo, cambiamenti episodici del tono muscolare. Crisi tonico-cloniche generalizzate	➔	**RED FLAGS** **Convulsioni neonatali** visita ambulatoriale e accertamenti diagnostici

Caratteristiche utili per differenziare un tremore benigno da una convulsione neonatale	**Tremori**	**Convulsioni**
Frequenza	Rapida	Lenta
Cessa con il contenimento	Sì	No
Automatismi	No	Sì
Anomali movimenti degli occhi	No	Sì