

Raccomandazioni per l'assistenza infermieristica del bambino con sospetta o confermata infezione da COVID-19

- Tutti i dispositivi di protezione individuale (DPI) devono essere sempre indossati durante l'assistenza a un bambino positivo al COVID-19 se disponibili
- Le procedure che generano Aerosol sono ad alto rischio, richiedono protezione completa con I DPI e dovrebbero essere ridotte al minimo indispensabile ^{1,2} **SEMPRE PROTEGGI TE STESSO**
- Nota: una PCR negativa non esclude il COVID-19: le raccomandazioni per adulti indicano che se il paziente ha sintomi suggestivi di infezione da COVID-19 ripetere la PCR (continuare ad usare le precauzioni) ^{1,2}

Eventi che generano Aerosol

- Intubazione/assistenza all'intubazione
- Estubazione
- Aspirazione tracheale (senza sistema a circuito chiuso)
- Ventilazione con pallone e maschera
- NIV o VPP senza una adeguata aderenza
- Tosse/starnuti o qualsiasi procedura che li provochi
- Alti flussi via cannule nasali
- Somministrazione di farmaci nebulizzanti
- Rianimazione cardiopolmonare (prima dell'intubazione)
- Qualsiasi procedura a rischio di disconnessione del circuito del ventilatore (pronazione)

Vie aeree ed aspirazione

No fisioterapia toracica di routine^{3,4}

Indossare DPI completi se qualsiasi rischio di aereosol¹

Utilizzare sempre un sistema a circuito chiuso per l'aspirazione^{2,3,4}

Lasciare il circuito in situ se non contaminato⁵

Evitare la disconnessione del circuito del ventilatore ^{2,3,4}

Se la disconnessione è necessaria: interrompere il flusso nel ventilatore prima di scollegare e clampare il tubo ET per evitare la fuoriuscita di droplets⁴

Elementi generali– assistenza infermieristica

No sostituzione di routine del circuito del ventilatore se non contaminato⁶

Controllare la pressione della cuffia del TET ogni 6-12 ore per verificare la tenuta e mantenere una pressione sicura <20 cm H₂O ^{2,4}

Posizione prona ogni giorno per almeno 12 ore (evitare la disconnessione del circuito del ventilatore) ^{1,2,3,4}

Ridurre al minimo l'igiene del cavo orale a ogni 12 ore (procedura ad alto rischio) ⁷

Alimentare per via enterale come tollerato dal paziente & prevenire zone di pressione⁸

Attenzione ai farmaci nebulizzanti (DPI completi) ^{9,10}

In caso di CPAP /NIV, garantire una buona aderenza della maschera evitando le perdite (preferibilmente maschera full-face o helmet) ^{11,12}

Per favore, questo documento è inteso per essere solo una guida- ssi invita a eguire le raccomandazioni specifichi della propria istituzione e del proprio governo. Version 1.0 | 29-03-2020

Autori: Associate Professor Lyvonne Tume (Guideline lead, Past Nursing President), Dr Orsola Gawronski (Nursing President), Dr Joseph C. Manning (Chair Nursing Science Section), Professor Anne-Sylvie Ramelet (Vice Chair Nursing Science Section), Dr Julie Menzies (Vice Chair PICU/NICU Nursing Section), Mrs Paulien Raymakers-Janssen (Nursing President Elect) con la collaborazione di Dr Mireia Garcia Cusco, Dr Martin Kneijber and Dr Joe Brierley, and on behalf of the nursing and nurse science sections.

Mantenere l'assistenza centrata sul bambino e la famiglia ****se il bambino è COVID-19+vo genitore/i = contatti****

Estrema cautela nelle visite da parte dei genitori finchè il bambino sarà COVID-19 negativo.

Fornire istruzioni quotidianamente, prima di entrare nell'area di degenza del paziente, sul lavaggio delle mani, sul limitare il contatto con le superfici e l'uso dei DPI secondo le procedure locali¹³

Ridurre al minimo le paure del bambino e della famiglia rispetto ai professionisti vestiti con i DPI mediante spiegazioni e giochi adeguate all'età e allo sviluppo cognitivo del bambino¹³

Quando possibile, rassicurare il bambino e coinvolgere i genitori/caregivers il più possibile. Utilizzare la tecnologia (come le video chiamate) a sostegno della comunicazione tra il bambino/genitore/team assistenziale e la famiglia allargata¹³

Per ridurre l'esposizione, ridurre i visitatori esclusivamente ai genitori (caregivers principali). Le visite dei fratelli dovrebbero essere evitate^{4,13}

Se genitori o fratelli diventano sintomatici al COVID-19, devono allertare immediatamente il personale e non dovrebbero effettuare visite¹³

Supporting evidence or recommendation

1. Alhazzani W, Hylander Moller M, Arabi Y. et al Surviving Sepsis Campaign Guidelines on the management of critically ill adults with COVID-19. **Intensive Care Med** March 2020
2. ESICM Statement on the management of critically ill patients with COVID-19 March 2020
3. ESPNIC Guidance for the care of critically ill children with COVID-19: March 2020
4. Australian and New Zealand Intensive Care Society (ANZICS) Guidance on care of critically ill patients with COVID-19. March 2020,
5. Kollef M, Prentice D, Shapiro S et al. Mechanical ventilation with or without daily changes of in-line suction catheters. **Am J Resp Crit Care Med** 1997; 156: 466-472
6. Samransanruajkit R, Jirapaiboonsuk S, Siritanttiwat S et al. Effect of frequency of ventilator circuit changes (3 vs 7 days) on the rate of ventilator associated pneumonia in PICU. **J Crit Care** 2010; 25: 56-61.
7. Berry AM, Davidson P, Nicholson L et al. Consensus based clinical guideline for oral hygiene in the critically ill. **Intensive & Critical Care Nursing** 2011; 27; 180-185
8. Expert opinion only: no evidence
9. Hui D et al. Exhaled air and aerosolised droplet dispersion during application of a jet nebulizer. **CHEST** 2009; 135: 648-654.
10. O'Neil C, Li J, Leavey A. et al. Characterization of aerosols generated during patient care activities. **Clin Infect Dis** 2017; 65.
11. Hui D et al. Exhaled air dispersion during high-flow nasal cannula therapy versus CPAP via different masks. **Eur Resp J** 2019; 53:
12. Hui D et al. Exhaled air dispersion during non-invasive ventilation via Helmets and a total facemask. **CHEST** 2015; 147: 1336-1343
13. Davies HD, Byington CL, AAP COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. Parental Presence During Ebola or Other Highly Consequential Infection. **Pediatrics**. 2016;138(3):e20161891