

Spray nasale: nuova modalità vaccinale



Nella stagione influenzale 2020-2021, per favorire la massima partecipazione della popolazione pediatrica, molti pediatri di famiglia hanno aderito alla richiesta di vaccinare i propri assistiti con lo spray nasale, introducendo, per la prima volta in Italia, questa nuova modalità vaccinale.

“Abbiamo ritenuto utile analizzare i dati raccolti da un gruppo di pediatri della provincia di Varese – dichiarano Marina Picca, pediatra di famiglia a Milano e Presidente della SICuPP Lombardia, e Giuliano Gambarini, pediatra di famiglia a Varese –, così da far conoscere la loro opinione sull’esperienza condotta, gli effetti collaterali registrati dopo la vaccinazione e la compliance dei bambini e delle famiglie”. I dati sono stati raccolti da 32 pediatri dell’ATS Insubria che hanno valutato 5342 bambini vaccinati (29 hanno eseguito la vaccinazione nel proprio ambulatorio): si è trattato di sintomi e segni che han-

Con la delibera del 26 novembre 2020 la Regione Lombardia ha stabilito che la vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2020-2021 si sarebbe effettuata con vaccino vivo attenuato mediante spray nasale, con dose unica nei soggetti non cronici.

L’offerta gratuita è stata rivolta ai soggetti di età 2-18 anni

no richiesto da parte dei genitori il contatto telefonico o la visita medica dopo la vaccinazione. Gli effetti collaterali sono comparsi nel 3,6% dei casi, mediamente dopo 36-72 ore dalla somministrazione, con massima incidenza attorno alle 48 ore. Si sono osservati prevalentemente: febbre (mediamente 37,8°C), congestione nasale, starnuti, cefalea, malessere generale, sintomi che si sono risolti in meno di 24 ore, spontaneamente o con l’uso di paracetamolo. Nello 0,1% si è avuta febbre alta (38,5-39,5°C) regredita entro le 48 ore con paracetamolo. In un caso si è avuta, successivamente alla febbre, otorrea che ha richiesto l’uso di antibiotico. Ancora più rari, 2 episodi di epistassi e 2 di orticaria. I pediatri si sono poi espressi su questa espe-

Giuliano Gambarini, Marina Picca
in collaborazione con:
Amelia Balzarini, Lorella Bevilacqua, Mariagrazia Boga, Milena Bonvissuto, Gabriella Bosetti, Simona Calloni, Barbara Carli, Angela Cazzuffi, Paola Cinquepalmi, Daniela Corbetta, Elena Cremona, Antonella Daverio, Antonino De Martino, Riccardo Deangelis, Giovanna Ghedina, Daniela Longoni, Elena Macchi, Maria Edvige Marchesi, Lorena Martignoni, Annalisa Monolo, Federica Nobili, Emanuela Ossola, Monica Pizzi, Emanuela Sala, Angela Salvatore, Haidi Sangalli, Maria Scarabelli, Emanuela Tamborini, Valeria Valdambri, Silvia Visantino.

rienza attraverso un breve questionario e le risposte sono state unanime: facilità dell’esecuzione con lo spray, esperienza nel complesso positiva, adesione alla campagna vaccinale in caso venisse così riproposta, effetti collaterali inferiori o in linea con le aspettative, giudizio favorevole da parte delle famiglie. “La compliance dei piccoli pazienti è stata molto buona – considera Marina Picca – e la modalità stessa di somministrazione del vaccino è stata vissuta con serenità contribuendo a creare un momento di ‘leggerezza’ nella relazione medico-paziente-genitore”. Se per la stagione 2021-2022 venisse confermata questa nuova modalità vaccinale, sarebbe auspicabile una raccolta più organica e strutturata di dati. ■



Marco Marano

Rianimatore pediatrico, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù



Giulia Spina

Università Tor Vergata, Roma



Sabrina Criscuolo

Università Tor Vergata, Roma

L’annegamento in età pediatrica

L’annegamento è una delle principali cause di morbilità e di mortalità pediatriche, specie tra 1-4 e 15-19 anni. Si può verificare in acqua dolce (ipotonica) o salata (ipertonica). Nel primo caso prevalgono ateletrasie diffuse da inattivazione del surfactante e con possibili lesioni parenchimali. Nel secondo caso si ha danno della membrana alveolo-capillare con passaggio di acqua e proteine nell’alveolo e interstizio. In entrambi i casi si verifica alterazione degli scambi gassosi con ipossia. Altri aspetti sono: possibile inalazione di sabbia/detriti con batteri e rischio di infezione polmonare; alterazioni elettrolitiche con possibili ripercussioni neurologiche; diarrea secondaria all’ingestione di acqua con peggioramento dell’ipotensione; ipotermia, con conseguenti alterazioni emodinamiche.

L’obiettivo prioritario è estrarre la vittima dall’acqua per iniziare rapidamente assistenza cardiorespiratoria. Successivamente occorrerà riscaldare il

paziente, valutare i parametri vitali ed eventuali traumi e procedere ad eventuale stabilizzazione dell’asse testa-collo-tronco.

È possibile classificare l’annegato in *Tipo I: acqua stress* in cui la vit-

tima è stata immersa ma non ha inalato acqua. Si deve rassicurarla, riscaldarla e controllare la glicemia. È consigliata l’ospedalizzazione. *Tipo II: lieve ipossico*, piccole quantità di acqua sono entrate nell’albero respiratorio, la coscienza è conservata ma mostra segni di moderato impegno sia respiratorio che emodinamico. Il ricovero è consigliato per almeno 48 ore. *Tipo III: grave ipossico*, grado di coscienza variabile e sintomi di instabilità cardiorespiratoria. Necessita ventilazione meccanica con intubazione e svuotamento gastrico. *Tipo IV: anossico*, con arresto di circolo dovuto all’anossia. Le procedure dell’assistenza seguono le regole di rianimazione. ■

