

Disidratazione acuta isonatriemica

*Dott.ssa **Roberta Pellegrino**, Specializzanda Università degli studi di Firenze*

*Dott.ssa **Serena Salvadei**, Pediatra Pronto Soccorso AOU Meyer*

*Dott.ssa **Serena Marchetto**, Pediatra Pronto Soccorso AOU Meyer*



La disidratazione è una condizione patologica di frequente riscontro nei pazienti pediatrici il cui tempestivo riconoscimento e un intervento precoce evitano la progressione verso lo shock ipotensivo. La presente newsletter è finalizzata a definire, secondo le più recenti linee guida internazionali, l'iter diagnostico-terapeutico per la gestione della disidratazione acuta isonatriemica in età pediatrica, esclusa l'epoca neonatale (>28 giorni- 18 anni), applicabile nell'ambito del Pronto Soccorso pediatrico e dei reparti di degenza, fatta eccezione per la Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica. Le indicazioni fornite non trovano applicazione in pazienti con diabete mellito, fibrosi cistica, malattie metaboliche, grave malnutrizione o patologia, oncologica, cardiologica, nefrologica, endocrinologica.

DEFINIZIONE

La disidratazione è un'alterazione del bilancio idrico dovuta alla perdita non reintegrata di acqua ed elettroliti. È definita isonatriemica in presenza di sodiemia pari a 134-145mEq/L.

APPROCCIO AL PAZIENTE

Anamnesi:

- Indagare le cause del quadro di sospetta disidratazione;
- Indagare l'entità di perdita di liquidi o mancata assunzione (es. il numero di vomiti, di scariche di diarrea, di giorni di febbre alta oppure da quanto tempo non vengono assunti liquidi, ecc.);
- Identificare categorie a rischio di disidratazione:
 - Età <1 anno, in particolare <6 mesi
 - Lattanti con basso peso alla nascita
 - 6 o più scariche di diarrea nelle ultime 24 ore
 - 3 o più episodi di vomito nelle ultime 24 ore
 - Bambini che non hanno assunto o tollerato liquidi per os.

Valutazione clinica:

Stimare il grado di disidratazione, in base alla percentuale di calo ponderale utilizzando

- Metodo accurato: se è noto un peso recente precedente all'esordio della sintomatologia:

$$\% \text{calo ponderale} = \frac{\text{peso precedente} - \text{peso attuale}}{\text{peso precedente}} * 100$$

- Metodo approssimativo: valutazione di segni e sintomi clinici assegnando 1 punto per ciascuno dei seguenti:

VALUTAZIONE DEL GRADO DI DISIDRATAZIONE A 10 PUNTI			
1. Alterate condizioni generali			
2. Refill capillare > 2 sec			
3. Alterato pattern respiratorio			
4. Tachicardia			
5. Polso radiale ridotto			
6. Assenza di lacrime			
7. Mucose ipoidratate			
8. Occhi infossati			
9. Ridotto turgore cutaneo			
10. Ridotta diuresi			
SCORE A 10 PUNTI			
Punti	Grado di disidratazione	Deficit idrico in %	Deficit idrico in ml/kg
< 3	LIEVE	< 5	< 50
≥ 3 e < 7	MODERATO	5 – 10	50-100
≥ 7	GRAVE	> 10	> 100

Tabella 1: score clinico - Gorelick et al. 1997

In caso di vomito ripetuto e/o alterato stato di coscienza valutare glicemia point-of-care

REPERIRE ACCESSO VENOSO PERIFERICO O INTRAOSSEO E AVVIARE LA REIDRATAZIONE PER VIA ENDOVENOSA in presenza di disidratazione grave e/o:

- shock compensato caratterizzato da segni di ipoperfusione periferica (tempo di refill allungato, tachicardia e/o contrazione della diuresi)
- oppure
- shock ipotensivo caratterizzato da segni di ipoperfusione periferica associati a ipotensione arteriosa o alterato stato di coscienza.

Esami di laboratorio

La diagnosi di disidratazione è clinica.

Gli esami ematici sono utili in caso di:

- Necessità di reidratazione per via endovenosa, per escludere diselettrolitemie concomitanti;
- Sospetto di patologia sottostante.

Richiedere:

emocromo, emogasanalisi, PCR, urea, creatinina, elettroliti (Na⁺, K⁺, Cl⁻), glicemia, AST e ALT.

TRATTAMENTO

Il trattamento consiste nel reidratare il paziente per ripristinare il deficit idrico, fornire liquidi di mantenimento e reintegrare le perdite subentranti.

Reidratazione per via orale

La reidratazione per via orale rappresenta il trattamento di prima linea in caso di disidratazione lieve-moderata.

Controindicazioni alla reidratazione per via orale:

- Shock
- Alterato stato di coscienza
- Disidratazione grave
- Distress respiratorio grave
- Ileo paralitico
- Sospetta patologia chirurgica.

Si raccomanda l'utilizzo di soluzione reidratante orale (SRO) a ridotta osmolarità, proposta da ESPGHAN (vedi tabella 2), somministrata con un cucchiaino o una siringa, circa 5 ml ogni 2-3 minuti per un totale di circa 50-100ml/kg/24h, aggiungendo in caso di perdite idriche subentranti:

- 5 ml/Kg per ogni episodio di vomito e 10 ml/Kg per ogni scarica di diarrea;
- 5 ml/kg/die per ogni grado di temperatura sopra i 38 °C.

	Glucosio mmol/L	Na+ mEq/L	K+ mEq/L	Cl- mEq/L	HCO- mEq/L	Citrato mEq/L	Zn2+ Mmol/L	Prebiotico g/L	Osmolarità mOsm/L	Calorie Kcal/L
Soluzione reidratante orale	74-111	60	20	25-60	-	10	-	-	200-250	52-80

Tabella 2: composizione della SRO ESPGHAN, Walker-Smith et al. 1997

In caso di insorgenza di vomito è possibile sospendere la somministrazione di SRO per 10 minuti e poi riprendere più lentamente. Se la reidratazione per via orale viene tollerata, è possibile continuare l'allattamento materno e/o introdurre gradualmente i cibi solidi.

In caso di fallimento della reidratazione per via orale, è raccomandata la somministrazione di SRO tramite **SONDINO NASO-GASTRICO alla velocità di 40-50 ml/Kg in 3-6 ore.**

Ondansetron. Per i bambini di età compresa tra 6 mesi e 12 anni, in caso di vomito ripetuto è possibile somministrare ondansetron per os dosandolo in base al peso (vedi tabella 3) e dopo 15-30 minuti avviare l'assunzione di SRO.

PESO	8-15 Kg	15-30 Kg	>30 Kg
DOSE	2 mg	4 mg	8 mg

Tabella 3: Dosaggio Ondansetron per os – AIFA, 2016

Se la via orale non è tollerata è possibile la somministrazione per via endovenosa al dosaggio di 0,15 mg/kg (max 8 mg).

L'ondansetron è controindicato in caso di ipersensibilità al farmaco. Può essere invece somministrato, ma con cautela e attento monitoraggio del paziente, nei seguenti casi:

- Pazienti con sindrome congenita del QT lungo oppure che assumono farmaci che allungano il QT;
- Presenza di sintomi di occlusione intestinale subacuta, poiché aumenta il tempo di transito nel colon;
- Nei pazienti sottoposti a interventi chirurgici adenotonsillari, perché può mascherare sanguinamenti occulti.

Monitoraggio

Monitorare periodicamente l'assunzione di SRO e le condizioni cliniche del paziente, compresi i segni di disidratazione. Avviare terapia endovenosa in caso di peggioramento dello stato di disidratazione o fallimento della reidratazione orale/enterale intesa come:

- Persistenza di scariche diarroiche abbondanti
- Scarsa assunzione di SRO associata ad astenia o affaticamento
- Frequenti episodi di vomito abbondante.

Reidratazione per via endovenosa

È indicata in pazienti con:

- Shock compensato
- Shock ipotensivo
- Disidratazione severa (perdita di peso > 10%)
- Fallimento della reidratazione per via orale/enterale.

La fluidoterapia si distingue in una FASE INIZIALE e in una successiva FASE DI RIPRISTINO DEL DEFICIT IDRICO E DI MANTENIMENTO.

Fase iniziale

Non appena è disponibile l'accesso venoso periferico, e in attesa del risultato degli esami ematici, avviare una terapia reidratante endovenosa con fluidi cristalloidi (meglio se bilanciati) come **Ringer lattato (RL)** o in alternativa **soluzione fisiologica (NaCl 0,9%)**, in base alla clinica:

- Pazienti con criteri di shock: necessario ottenere un rapido ripristino del volume circolante con boli di RL da 10 ml/kg da infondere in 10-20 minuti. Al termine dell'infusione di ogni bolo, rivalutare lo stato di disidratazione e, in caso di mancato miglioramento, accertarsi l'assenza di segni di precarico (epatomegalia, turgore delle giugulari, rantoli polmonari bibasali), ripetere bolo fino a un massimo di 40-60 ml/kg nella prima ora e considerare altre cause di shock.
- Pazienti disidratazione moderata e/o fallimento della terapia orale/enterale: avviare infusione di RL a 10 ml/kg in 1-2 ore, in base al grado di disidratazione.

Correzione dell'ipoglicemia

In caso di riscontro di glicemia < 50 mg/dl somministrare **un bolo ev di soluzione glucosata al 10% alla dose di 3 ml/Kg.**

Fase di ripristino del deficit idrico e del mantenimento

Una volta terminata l'infusione di RL e non appena disponibili i risultati degli esami ematici, impostare fluidoterapia endovenosa per reintegrare le perdite subite, fornire i fluidi di mantenimento ed integrare le perdite subentranti.

Soluzione infusionale di scelta: GLUCOSIO CON SODIO CLORURO 5%/0,9% – Soluzione per infusione II

La reidratazione per via endovenosa deve avvenire in due fasi sequenziali:

- FASE 1: ripristino del deficit idrico nelle prime 8 h.
- FASE 2: infusione del mantenimento idrico nelle successive 16h.

FASE 1	A. Stima del grado di disidratazione (% calo ponderale o clinica)%
	B. Deficit idrico di base = % disidratazione*10*peso (kg)*10*.....=..... ml
	C. Quantitativo di RL infuso in fase inizialeml
	D. Deficit idrico complessivo da fornire nelle prime 8 h (Deficit idrico di base - bolo iniziale di Ringer Lattato)	B - C =..... ml → ml/8 h = ml/h

Tabella 4: schema reidratazione ev - FASE 1

Specifiche della fase 1:

- Il grado di disidratazione deve essere calcolato come percentuale di calo ponderale oppure in base alla clinica (vedi sessione "valutazione clinica").
- Il calcolo per il deficit idrico di base (in ml) segue questa formula: % disidratazione * 10 * peso (kg)
- Se in fase iniziale è stata eseguita reidratazione endovenosa con RL, tale quantitativo di liquidi dovranno essere sottratti agli ml calcolati come deficit idrico.
- Il deficit idrico complessivo è il quantitativo di liquidi da infondere nelle prime 8 ore.

FASE 2	Calcolo del mantenimento nelle 24h secondo la formula di Holliday-Segar (vedi tabella 6)	... ml
	Liquidi di mantenimento (delle 24h) da fornire nelle successive 16 h	... / 16 = ... ml/h

Tabella 5: schema reidratazione ev - FASE 2

Calcolo del mantenimento delle 24h secondo la formula di Holliday Segar

Peso	Quantità di liquidi nelle 24h	Calcolo rapido (ml/h)
Primi 10 Kg	100 ml/Kg	4 ml/Kg/h
11-20 Kg	1000 ml + 50 ml pe rogni Kg oltre i 10	40 ml/h + 2 ml/kg/h(per ogni Kg oltre i 10)
>20 Kg	1500 + 20 ml per ogni Kg sopra i 20	60 ml/h + 1 ml/kg/h per ogni kg sopra i 20

Tabella 6: formula di Holliday-Segar – LG NICE 2015

Specifiche della fase 2:

- Calcolare i liquidi di mantenimento nelle 24 ore in base al peso secondo la formula di Holliday-Segar (vedi tabella 6).
- I liquidi di mantenimento calcolati nelle 24 ore dovranno essere infusi nelle successive 16 ore.
- In caso di ulteriori perdite in corso di trattamento, considerare il reintegro:
 - Per ogni scarica di diarrea calcolare aggiunta di 10 ml/kg di liquidi persi;
 - Per ogni vomito, calcolare aggiunta di 5 ml/kg di liquidi persi;
 - In caso di febbre, considerare una perdita di liquidi pari a 5 ml/kg/die per ogni grado di temperatura sopra i 38° C.

Monitoraggio

- Rivalutazione ogni 4-6 h dello stato di disidratazione, della persistenza di perdite e dell'eventuale recupero della capacità di idratazione orale per modulare o sospendere la velocità di infusione;
- Controllare glicemia ed elettroliti ogni 4h se precedentemente alterati
- In caso di sodiemia < 125 o > 155 mEq/L oppure di potassiemia < 3,5 o > 5 mEq/L seguire i protocolli specifici.

DIMISSIONE

Criteri di ricovero in ambiente intensivo:

- Shock che non risponde al bolo;
- Disidratazione grave e persistenza dei segni di ipoperfusione periferica;
- Anomalie neurologiche (convulsioni, letargia);
- Grave diselettrolitemia.

Criteri di ricovero in OBI/reparto:

- Shock che risponde al bolo RL;
- Disidratazione grave;
- Vomito intrattabile o biliare;
- Fallimento reidratazione orale;
- Sospetta condizione chirurgica;
- Non disponibilità di follow-up adeguato dopo la dimissione o scarsa compliance del genitore/tutore.

Criteria di dimissione a domicilio:

Paziente che non ha richiesto reidratazione oppure ha eseguito solo reidratazione orale:

- Segni clinici di disidratazione assenti, lievi o risolti;
- I genitori comprendono la metodica di somministrazione di SRO, possono continuarla a casa e comprendono le istruzioni di dimissione e gli aspetti a cui prestare attenzione.

Paziente che ha richiesto reidratazione endovenosa:

- Diuresi valida (di almeno 1 ml/kg/h);
- Assunzione di liquidi per via orale è pari o superiore alle perdite;
- Assenza o presenza di minime perdite;
- Possibile follow-up medico dopo la dimissione.

BIBLIOGRAFIA

- Corelick, M. H. et al. *Validity and Reliability of Clinical Signs in the Diagnosis of Dehydration in Children*. Pediatrics 99, (1997).
- Santillanes, G. et al. *Evaluation and Management of Dehydration in Children*. Consultant 58, 195-208 (2018).
- Powers KS. *Dehydration: Isonatremic, Hyponatremic, and Hypernatremic Recognition and Management*. Pediatr Rev. 2015 Jul;36(7):274-83; quiz 284-5.
- King, C., et al. *Managing acute gastroenteritis among children*. MMWR Recomm Rep 52, 1-23 (2003).
- World Health Organization. (2005). *The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers*, 4th rev. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43209>
- Guarino, A. et al. *European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014*. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 32, 47-56 (2014).
- Walker-Smith et al. *Guidelines Prepared by the ESPGHAN Working Group on Acute Diarrhoea - Recommendations for Feeding in Childhood Gastroenteritis*. (1997).
- *Fluid and nutritional management in children with diarrhoea and vomiting*. NICE Pathways 1-17 (2018). <http://pathways.nice.org.uk/pathways/diarrhoea-and-vomiting-in-children>
- AIFA. *Ondansetron - scheda tecnica*. (2016).
- Anigilaje et al. *Management of Diarrhoeal Dehydration in Childhood: A Review for Clinicians in Developing Countries*. Front Pediatr. 2018; 6:28. Published 2018 Feb 23. doi:10.3389/fped.2018.00028
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis: diagnosis, assessment and management in children younger than 5 years*. RCOG Press (2009).
- National Clinical Guideline Centre. *IV Fluids in Children: Intravenous Fluid Therapy in Children and Young People in Hospital*. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015 Dec.
- Perkins GD, et al. *European Resuscitation Council Guideline Collaborators. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary*. Resuscitation. 2021 Apr; 161:1-60
- Lamont, S. et al. *Fluid and electrolyte balance in children*. Paediatrics and Child Health 24 (2014): 273-277.
- Sawaya, R. et al. *Fluids and Electrolyte Management*. (2016).

Revisionata da Dott.ssa Cristiana Benucci, Direttrice corsi EPALS - settembre 2021

QUESTA NEWSLETTER NON INTENDE SOSTITUIRE UN PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO, MA SEMPLICEMENTE ESSERE FONTE DI AGGIORNAMENTO E RIFLESSIONE SULL'ARGOMENTO

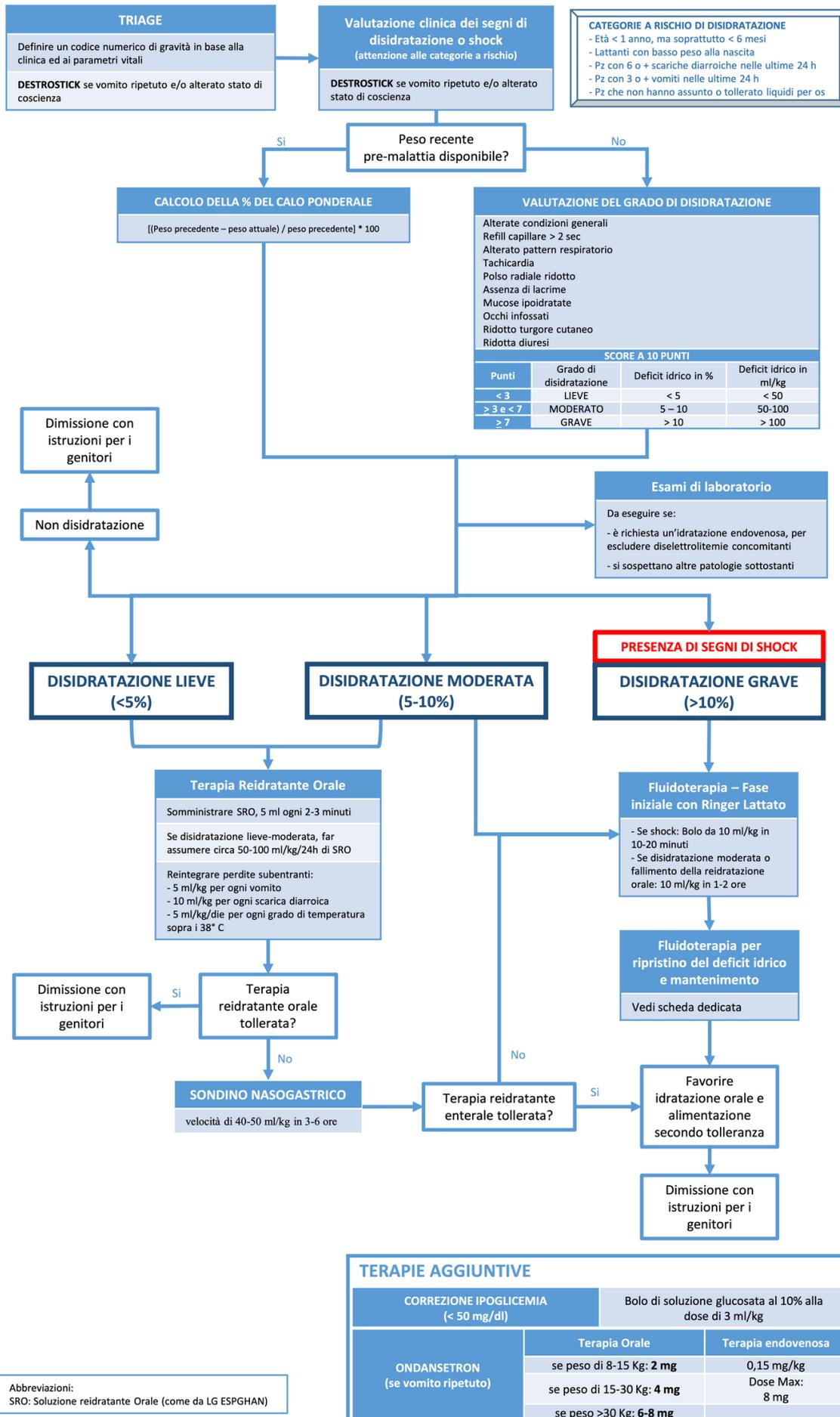
Vai all'archivio
newsletter
SIMYoung



www.meyer.it/simulazione

Gestione del paziente pediatrico con DISIDRATAZIONE ACUTA ISONATRIEMICA

Età: >28 giorni – 18 anni



FLUIDOTERAPIA PER RIPRISTINO DEL DEFICIT IDRICO E MANTENIMENTO

Durante la fluidoterapia per il ripristino del deficit idrico e del mantenimento deve essere utilizzata la seguente soluzione infusionale:

Soluzione per infusione II:
NaCl 0,9% e Glucosio 5%

La fluidoterapia deve avvenire in due fasi sequenziali:

- FASE 1: infusione del deficit idrico complessivo nelle prime 8 h;
- FASE 2: infusione del mantenimento idrico nelle successive 16h.

Eeguire i calcoli per ogni fase e poi trascrivere i valori evidenziati nello schema infusionale in fondo.

Calcoli per la FASE 1	Calcolo del grado di disidratazione (% di calo ponderale oppure clinica)%
	Deficit idrico di base = % disidratazione *10 * peso (kg)	... * 10 * ... = ... ml
	Quantitativo di Ringer Lattato infusa in fase iniziale	... ml
	Deficit idrico complessivo da fornire nelle prime 8 h: (Deficit idrico di base – bolo iniziale di Ringer Lattato)	... - ... = ... ml → ... / 8 = ... ml/h

Calcoli per la FASE 2	Calcolo del mantenimento nelle 24h secondo la formula di Holliday-Segar (vedi sotto)	... ml
	Liquidi di mantenimento (delle 24h) da fornire nelle successive 16 h	... / 16 = ... ml/h

CALCOLO DEL MANTENIMENTO SECONDO LA FORMULA DI HOLLIDAY-SEGAR		
Peso	Quantità di liquidi nelle 24h	Calcolo rapido (ml/h)
Fino a 10 kg	100 ml/kg	4 ml/kg/h
11-20 kg	1000 ml + 50 ml per ogni kg oltre 10 kg	40 ml/h + 2 ml/kg/h (per ogni Kg sopra i 10Kg)
>20 kg	1500 ml + 20 ml per ogni kg oltre 20	60 ml/h + 1 ml/kg/h (per ogni Kg sopra i 20 Kg)
Adulti	Donna: max 2000 ml/die (80ml/h); Uomo: 2500 ml/die (100ml/h)	

Completare lo schema infusionale complessivo

Schema infusionale complessivo	Soluzione infusionale	Velocità infusionale
FASE 1 Data: __/__/__ ora inizio: __: __ ora fine: __: __	Prime 8 h di infusione (deficit idrico complessivo) NaCl 0,9% e glucosio 5%	... ml/h
FASE 2 Data: __/__/__ ora inizio: __: __ ora fine: __: __	Successive 16 h di infusione (liquidi di mantenimento) NaCl 0,9% e glucosio 5%	... ml/h

CONSIGLI PER I GENITORI IN CASO DI GASTROENTERITE

COME STA IL TUO BAMBINO?



Codice Rosso

Se il tuo bambino presenta anche solo uno tra:

- Diventa pallido, marezzato e freddo al tatto
- Diventa blu intorno alle labbra o non riesce a parlare, mangiare o bere
- Si mostra molto agitato, confuso o sonnolento
- Sviluppa un'eruzione cutanea che non scompare con la pressione (es. test del bicchiere)

RICHIEDERE AIUTO IMMEDIATO!

Chiamare il 118 oppure recarsi presso il più vicino pronto soccorso



Codice Giallo

Se il tuo bambino presenta anche solo uno tra:

- Sembra disidratato: bocca secca, occhi infossati, pianto senza lacrime, fontanella infossata oppure fa meno pipì del solito
- Ha sangue nelle feci
- Ha costantemente dolore addominale
- Rifiuta completamente di bere o assumere latte materno
- È incapace di trattenere liquidi per vomito costante
- È diventato sonnolento o irritabile anche dopo abbassamento della febbre
- È un lattante di età < 3 mesi con febbre
- È un lattante di età 3-6 mesi con temperatura di 39°C
- Se è un bambino con il diabete, eseguire controlli ravvicinati della glicemia

NECESSARIA UNA VALUTAZIONE IN GIORNATA

Chiamare il proprio medico curante oppure recarsi presso il pronto soccorso



Codice Verde

Se non è presente nessuno dei criteri sopracitati, molti bambini con diarrea e/o vomito possono essere gestiti a casa in modo sicuro.

Attenzione: i bambini di età inferiore ad un anno possono disidratarsi più velocemente. Se il tuo bambino sembra in buone condizioni ma hai dei dubbi contatta il pediatra.

GESTIONE A DOMICILIO

Utilizzando i consigli sottoelencati, fornire a casa le cure di cui il bambino necessita

COME POSSO PRENDERMI CURA DEL MIO BAMBINO?

- Incoraggiare il tuo bambino a bere molti liquidi, in piccole quantità, ma frequentemente. L'acqua non è sufficiente; la soluzione reidratante orale (SRO) è la migliore. Le SRO aiutano a prevenire la disidratazione; possono essere acquistate presso farmacie o parafarmacie.
- In caso di vomito, non proporre liquidi o cibi per circa 40 minuti, poi somministrare solo SRO gradualmente (1 cucchiaino ogni 2-3 minuti, poi aumentare gradualmente la quantità secondo quanto tollerato). Si consiglia di non dare bevande gassate perché possono peggiorare la diarrea.
- Proseguire l'allattamento materno oppure continuare ad offrire i cibi abituali, compresi i latticini.
- Non preoccuparsi se il bambino rifiuta il cibo solido. In caso di fame, è possibile proporre cibi semplici come biscotti, pane, pasta o riso. Favorire pasti frazionati e frequenti.
- Il bambino potrebbe lamentare dei dolori addominali; se farmaci antidolorifici come il paracetamolo non migliorano il dolore, contattare il medico per avere ulteriori consigli.
- La maggior parte dei bambini con diarrea e/o vomito migliora molto rapidamente, ma alcuni bambini possono peggiorare. E' necessario controllare regolarmente il bambino e seguire i consigli forniti dal medico curante e/o elencati in questo foglio.

CONSIGLI PER I GENITORI IN CASO DI GASTROENTERITE

COS'È LA GASTROENTERITE?

- Le gastroenteriti sono estremamente comuni nei bambini piccoli e sono quasi sempre causate da un virus.
- Si diffondono facilmente, causando epidemie negli asili e nelle scuole.
- La diarrea può durare spesso tra i 5 e i 7 giorni e termina entro 2 settimane. Il vomito di solito si interrompe entro 3 giorni. Se il bambino continua a presentare gli stessi sintomi per periodi più lunghi, chiedere consiglio al proprio medico curante.
- Diarrea e/o vomito frequenti possono portare a disidratazione. Una disidratazione grave può diventare pericolosa.
- I bambini ad aumentato rischio di disidratazione sono:
 - bambini di età inferiore ai 12 mesi (specialmente < 6 mesi di vita)
 - bambini nati con un basso peso alla nascita e quelli che si rifiutano di bere o di assumere latte materno durante la malattia
 - Bambini con scarsa crescita

COSA FARE DURANTE LA CONVALESCENZA?

Una volta che il bambino è stato reidratato e non vomita più:

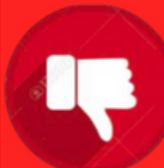
- Continuare l'allattamento al seno, l'assunzione di liquidi e di altri alimenti.
- Reintrodurre completamente il cibo abituale del bambino.
- Evitare di dare bevande gassate fino a quando la diarrea non si è risolta.
- Se si ripresenta diarrea e/o vomito, iniziare di nuovo a dare la SRO gradualmente.
- I farmaci anti-diarroici non dovrebbero essere somministrati ai bambini.
- Il bambino può riprendere la frequenza scolastica 48 ore dopo l'ultimo episodio di diarrea e/o vomito.

COME PREVENIRE IL CONTAGIO DELLA GASTROENTERITE (DIARREA E/O VOMITO)?



Tutti i membri della famiglia devono lavarsi le mani con il sapone (liquido se possibile) in acqua calda corrente e asciugarle accuratamente:

- Dopo essere andati in bagno
- Dopo aver cambiato pannolini
- Prima di toccare il cibo



Il bambino non dovrebbe:

- Condividere gli asciugamani con altre persone
- Andare a scuola o in altri luoghi per bambini fino a 48h dall'ultimo episodio di diarrea e/o vomito
- Andare in piscina fino a 2 settimane dopo la risoluzione della diarrea