

## MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIII

Ottobre 2020

numero 8

### I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

## IDENTIFICAZIONE PRECOCE DI INFEZIONI SEVERE IN ETÀ PEDIATRICA: RUOLO DELLA CENESTESI E DEL “GUT FEELING”

Giulia Fusaro

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, IRCCS Materno-Infantile “Burlo Garofolo”, Università di Trieste*

*Indirizzo per corrispondenza: fusarogiulia@gmail.com*

Sino a oggi, in letteratura, non è stata dimostrata la presenza di un segno o sintomo che, preso singolarmente, sia in grado di identificare precocemente un'infezione severa (IS) in età pediatrica. Allo scopo di implementare le possibilità di una diagnosi precoce, sono state elaborate varie regole di previsione clinica, ma nessuna si è dimostrata sufficientemente esaustiva allo scopo preposto. Tra esse, quella che maggiormente si avvicina un'efficacia diagnostica del 100% è quella elaborata dal gruppo di Van den Bruel: un albero decisionale a 5 scalini (qualcosa non va / *gut feeling* -o sensazione-, dispnea, temperatura > 39,9 °C, diarrea ed età) che ha permesso una corretta identificazione precoce della quasi totalità di infezioni batteriche nel campione di studio.

Su modello dell'esperienza belga si sono volute indagare sensibilità e specificità delle 5 variabili proposte aggiungendone ulteriori 3 (febbre con brivido, preoccupazione genitoriale e bambino immobile) sia come singole sia nella loro combinazione all'interno di un modello multivariato, con particolare attenzione al ruolo della percezione del clinico sul bambino (*gut feeling* / colpo d'occhio).

Lo studio prospettico è stato svolto presso il Dipartimento di Emergenza dell'IRCCS Materno-Infantile “Burlo Garofolo” di Trieste arruolando tutti i bambini 0-14 anni che presentassero i segni di una patologia infettiva acuta in atto esclusi i *textbook sign* (convulsioni, cianosi, tempo di *refill* aumentato, petecchie) altamente specifici ma tardivi.

La raccolta dati è stata realizzata tramite scheda informatizzata inserita in un apposito *database* (BaCri FVG-

*Medorbital*) e seguita da un follow-up telefonico a 5 giorni.

I risultati hanno dimostrato come alcune variabili non siano significative per la diagnosi di IS (brivido, diarrea e temperatura) evidenziando invece che, in ordine decrescente di sensibilità, la preoccupazione genitoriale, il *gut feeling*, l'alterato *pattern* cardio-respiratorio e il bambino immobile siano correlate alla diagnosi di IS. In particolare, l'analisi univariata ha mostrato che il *gut feeling* è la variabile che dimostra maggiore associazione con un'IS (sensibilità 55,3%, specificità 94,7%); considerando la percezione del clinico all'interno di un modello a 4 variabili (percezione genitoriale, *gut feeling*, alterato *pattern* cardiaco e respiratorio), essa mantiene una significatività nella correlazione con un'IS.

Nel complesso, il modello a 4 variabili risulta essere maggiormente performante, rispetto a quello belga, nell'escludere un'infezione severa qualora vi sia una negatività per tutte le variabili (sensibilità 62,5%, specificità 90%), mentre il modello di Van den Bruel risulta essere maggiormente efficace nell'identificazione di un'IS (sensibilità 88%, specificità 78%).

Nonostante ciò, nessun sintomo, in singolo, dimostra una sensibilità e specificità adeguate a diagnosticare un'IS ma il *gut feeling* rimane la variabile che, considerata singolarmente, ha il maggiore valore predittivo. Il modello multivariato basato sulla presenza/assenza di 4 variabili permette quindi di dimettere con sicurezza tutti i bambini negativi per tutte le suddette e costituisce la base per l'educazione del genitore e del pediatra di famiglia.