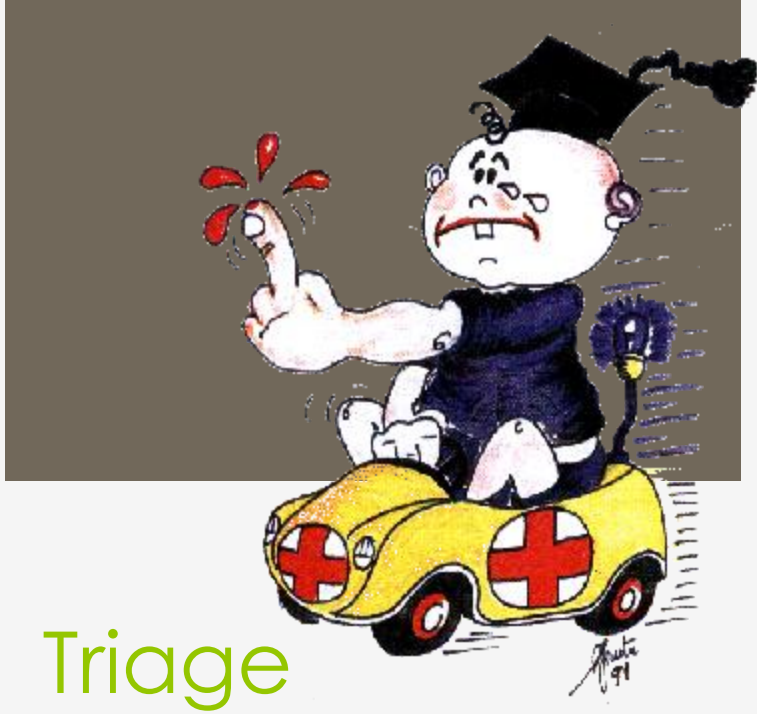


Triage PEDIATRICO in PS

ELENA E. MANA
elenamana@alice.it

DEA generali con afflusso di pazienti pediatrici

Disomogeneità strutturali

Necessità di costruire uno strumento di lavoro trasversale fra strutture di vario grado e complessità

PERCHE' TRIAGE PEDIATRICO

CAUSE ORGANIZZATIVE	CAUSE CORRELATE ALLA MODALITA' D'USO
Comodità tempestività,prestazioni gratuite	Cultura ,ansia,educazione sanitaria
accesso facilitato a prestazioni diagnostiche	Difficoltà di reperire il pediatra
Mancanza del pediatra di famiglia	Insofferenza dell'attesa

OGNI ANNO IL NUMERO DEGLI ACCESSI IN PS AUMENTA DEL 4%

OBV

DISCRIMINARE LE CONDIZIONI CRITICHE DA QUELLE NON CRITICHE

BAMBINI

≠

ADULTI

NORMATIVA TRIAGE PEDIATRICO:

LINEE GUIDA

RAPPORTO CODICI DI PRIORITA' ADULTI/BAMBINI

	ADULTI	BAMBINI
ROSSO	1.75	0.53
GIALLO	15	9.61
VERDE	58.14	68.50
BIANCO	25	19.72

Accessi ps età 0-14 anni, ITALIA,>5.000.000

Fonte SIMEU & SIMEUP

La realtà di un DEA a misura di adulto, come il nostro, pone necessariamente problematiche nella gestione del paziente pediatrico

DIFFICOLTA'

L'approccio al bambino critico è diverso da quello dell'adulto

Spesso chi è esperto nell'urgenza non è pratico di bambini e viceversa

L'urgenza pediatrica è rara, ma, quando si verifica, può essere devastante

PECULIARITA' NELLA VALUTAZIONE DEL BAMBINO

- Conoscenze relative alle caratteristiche dello **sviluppo** fisico, psicomotorio, percettivo, cognitivo
- Conoscenze in merito **all'emergenza – urgenza** ed alle **tecniche relazionali** e comportamentali
- Comprendere la **fisiopatologia** del bambino nell'emergenza/urgenza
- Sapere riconoscere la differenza tra situazione clinica **a rischio** e **compromessa**

LE FASI DEL PROCESSO

- Prima valutazione
- Seconda valutazione
- Attribuzione codice
- Rivalutazione

PRIMA VALUTAZIONE

MUCOSE ASCIUTTE

ABBATTUTO

FACIES SOFFERENTE

BULBI OCULARI INFOSSATI

ATTEGGIAMENTO/CENESTESI

- Si muove poco?
- È in braccio ai genitori?
- È indifferente all'ambiente?
- Interagisce con le persone ?
- È " abbandonato"?
- Assume una postura particolare o obbligata?

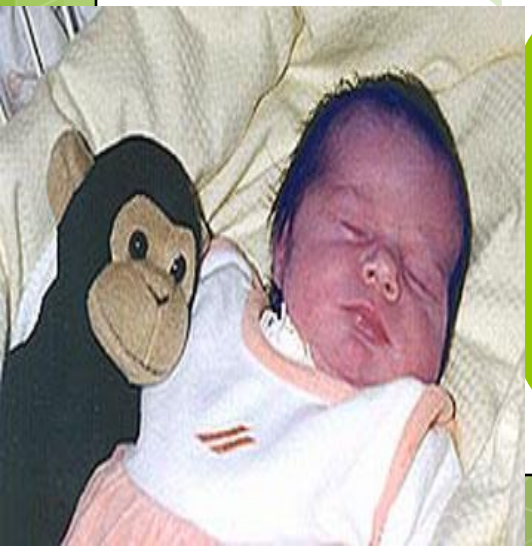
INDICATORI VITALI

RESPIRO
eupnoico

Rumori respiratori,utilizzo muscoli accessori

PIANTO

Inconsolabile, acuto,flebile lamentoso,



CUTE

Rosea,,pallida sub-cianotica

atteggiamento

INDICATORI SPECIFICI PRIMARI

Descrizione del sintomo o del segno prevalente della manifestazione patologica
Correlati al sintomo principale

Quasi sempre non è il bambino che riferisce
Saper cogliere le reali condizioni del bambino senza soffermarsi alle sole cose riferite dal genitore

Enfatizza i sintomi

…vomita in continuazione, non mangia/beve niente da 1 settimana

Dimentica di riferirne altri

… non ricordo il nome della medicina …

Trascura particolari rilevanti

… anche il fratello faceva così …

Interpreta i sintomi

… io da piccolo sono stato operato perché avevo la stessa cosa

INDICATORI SPECIFICI SECONDARI

- Segni e sintomi non strettamente correlati alla manifestazione clinica principale

  (**A**llergie, **M**edicamenti, **P**atologie, **L**unch – ultimo pasto, **E**vento)
- Anamnesi remota
- Terapia in atto
- Esposizione a contagio o a possibili tossici

ATTRIBUZIONE CODICE DI PRIORITA'

Sulla base di condizioni presenti e l'evolutività della situazione in atto

RIVALUTAZIONE:PECULIARITA'

Le condizioni ed il quadro clinico del bambino in attesa spesso cambiano rapidamente ed in maniera imprevedibile

La patologia del bambino può essere difficile da interpretare

RIVALUTAZIONE

Il bambino piccolo non sa comunicare il peggioramento delle sue condizioni fisiche

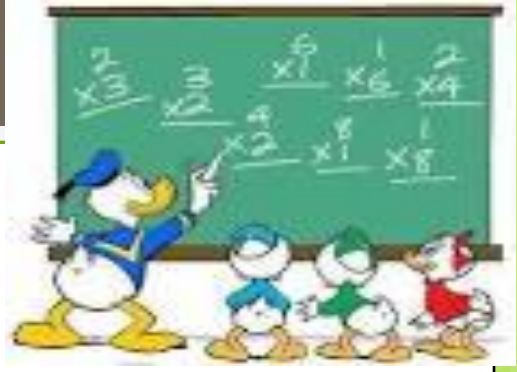
Il genitore non sempre è affidabile nell'accorgersi di eventuali cambiamenti

TEMPI DI RIVALUZIONE SIMEUP

	ADULTO	BAMBINO
ROSSO	-	-
GIALLO	10 MINUTI	5 MINUTI
VERDE	60 MINUTI	30 MINUTI
BIANCO	240 MINUTI	240 MINUTI

CONCLUSIONI

Organizzare i percorsi



Accresce le competenze

Ricordare che il bambino non è un piccolo adulto

revisionare gli strumenti

TORINO

simeu

Grazie 1000 !