

MANUALE FORMATIVO di TRIAGE PEDIATRICO

NON URGENZA

URGENZA DIFFERIBILE

POTENZIALE PERICOLO DI VITA

IMMEDIATO PERICOLO DI VITA

METODOLOGIA
PRONTO SOCCORSO
EMERGENZA
URGENZA
SCELTA
VALUTAZIONE
RACCOLTA DATI
RIVALUTAZIONE
PERCORSI
EFFICIENZA
EFFICACIA

Indice

Prefazione	
Presentazione e scopi da parte della Commissione	03
<i>E. Piccotti</i>	
Presentazione	
a cura del Presidente SIP e del Presidente SIMEUP	03
<i>P. Di Pietro, A. Vitale</i>	
Presentazione	
a cura del Presidente Europeo dei Collegi IPASVI	03
<i>L. Sasso</i>	
Il triage in Pronto Soccorso Pediatrico	03
<i>E. Piccotti, A. Palazzo, S. Bianchi, B. Cantoni</i>	
Il triage di massa	03
<i>G. Messi, A. Masetti</i>	
Il bambino - il neonato: peculiarità	03
<i>S. Bianchi, A. Palazzo</i>	
I parametri vitali: valutazione e interpretazione	03
<i>P. Bertolani, I. Guidotti</i>	
Il paziente tossicologico	03
<i>G. Messi</i>	
Il paziente con sospetto maltrattamento	03
<i>T. Zangardi</i>	
Relazione e comunicazione	03
<i>B. Guidi</i>	
La normativa	03
<i>B. Cantoni</i>	

Allegato I - Le schede di valutazione	03
<i>G. Messi, T. Zangardi, L. Cechini, B. Cantoni, M.T. Barbieri, P. Bertolani, A. Palazzo, E. Piccotti</i>	
01. Alterazione pregressa dello stato di coscienza	03
02. Annegamento	03
03. Apnea pregressa	03
04. Avvelenamento	03
05. Cefalea	03
06. Convulsione pregressa	03
07. Debolezza muscolare	03
08. Diarrea	03
09. Disfagia	03
10. Distress respiratorio	03
11. Disuria	03
12. Dolore addominale	03
13. Dolore articolare	03
14. Dolore al collo/torcicollo	03
15. Dolore testicolare	03
16. Dolore toracico	03
17. Edema periorbitario	03
18. Ematuria	03
19. Emorragia gastrointestinale	03
20. Epistassi	03
21. Eruzione cutanea/rash	03
22. Faringodinia	03
23. Febbre	03
24. Ferite arti e tronco	03
25. Ferite al volto e cuoio capelluto	03
26. Inappetenza/anoressia	03

27. Ingestione corpo estraneo	03
28. Ipoacusia/sordità	03
29. Ittero	03
30. Lesioni non traumatiche cavo orale	03
31. Lipotimia/sincope	03
32. Lombalgia/dolore alla schiena	03
33. Mal di denti	03
34. Menometrorragia	03
35. Morsi di animali	03
36. Oligoanuria	03
37. Ootalgia	03
38. Otorrea/otorragia	03
39. Palpitazioni/tachicardia	03
40. Petecchie/porpora	03
41. Pianto in lattante	03
42. Politrauma/policontuso	03
43. Poliuria	03
44. Problemi oculari in assenza di trauma	03
45. Stato di agitazione psicomotoria e disturbi psicosociali	03
46. Stipsi	03
47. Tosse	03
48. Trauma addominale	03
49. Trauma arti	03
50. Trauma cranico	03
51. Trauma dentario/ferite alla bocca	03
52. Trauma genitale	03
53. Trauma al naso/corpo estraneo	03

54. Trauma occhio/corpo estraneo	03
55. Trauma orecchio/corpo estraneo	03
56. Trauma rachide-cervicale	03
57. Trauma toracico	03
58. Triage di massa - jump start >8 anni	03
59. Triage di massa - jump start pediatrico (0-8 anni)	03
60. Tumefazione/arrossamento del pene	03
61. Tumefazione non traumatica dei tessuti molli	03
62. Ustioni	03
63. Vertigini/disturbi dell'equilibrio	03
64. Vomito	03
65. Zoppia	03
Allegato II - Parametri vitali: segni e situazioni di allarme	03

F. Quarantiello, G. Vetrano, A. Farese

Prefazione

Presentazione e scopi da parte della Commissione

a cura di Emanuela Piccotti

L'idea di concretizzare un manuale di Triage Pediatrico origina da un percorso articolato. Nell'aprile del 1998 nasce il Gruppo di lavoro sul triage pediatrico dell'allora Gruppo di Studio di Medicina di Urgenza Pediatrica (MUP), sulla spinta dell'esigenza, da parte della Pediatria, di identificare un modello di valutazione infermieristica in Pronto Soccorso (PS) specifico per la fascia di età pediatrica in considerazione, soprattutto, di alcuni aspetti:

- gli accessi pediatrici ai servizi di emergenza-urgenza in continuo aumento nonostante l'obiettivo diminuzione della popolazione infantile;
- la disomogeneità delle strutture preposte all'accoglienza delle urgenze pediatriche;
- le peculiarità fisiopatologiche del bambino;
- le modificazioni in ambito di qualifica professionale del personale infermieristico, che vedono sempre più ridotte le informazioni relative alla pediatria.

Il gruppo, a componente mista medico-infermieristica, ha lavorato a lungo per compendiare le indicazioni presenti in letteratura con l'esperienza maturata in tema di accoglienza e valutazione del bambino, soprattutto da parte dei Centri pediatrici italiani a maggior numero di accessi (Consensus Conference Ancona e Rimini) e, successivamente, sono stati organizzati i primi corsi teorico-pratici di formazione.

Nel 2004, in occasione del II Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza Pediatrica (SIMEUP), sono iniziati i lavori della Commissione Nazionale Triage Pediatrico che ha raccolto e proseguito l'attività precedente, facendo tesoro dell'esperienza raggiunta; tra gli obiettivi rientrava la redazione del manuale a sostegno dell'attività formativa in corso di svolgimento.

Il manuale che presentiamo, accanto alla descrizione del modello valutativo di triage "globale" che si rifà a quello più accreditato per l'adulto, fornisce informazioni su aspetti di accoglienza pediatrica particolarmente delicati, quali il sospetto maltrattamento e la tossicologia. Al bambino, specie se piccolo, e alla rilevazione-interpretazione di segni e parametri vitali viene dedicata particolare attenzione, nell'intento di supportare gli operatori sanitari meno abituati alla valutazione infermieristica dell'età pediatrica.

In allegato vengono fornite numerose schede per l'attribuzione dei codici di priorità "critici": tale scelta è dettata dalla convinzione di promuovere una maggiore omogeneità di valutazione, ma soprattutto di guidare tutti gli infermieri di triage nell'identificazione rapida e corretta dei bambini più gravemente malati.

Commissione Triage Pediatrico della SIMEUP

Coordinatore:

Emanuela Piccotti

Membri:

Maria Teresa Barbieri, Barbara Cantoni, Gabriella Ferrero, Battista Guidi, Gianni Messi, Antonella Palazzo, Flavio Quarantiello, Tiziana Zangardi.

Collaboratori della Commissione:

Paolo Bertolani, Sonia Bianchi, Giovanni Cardoni, Alessandra Dozza, Fortunata Fucà, Stefano Maiandi, Giusy Migliore, Laura Orini, Roberta Piccinini, Stefania Zampogna.

Testo approvato dal Coordinatore della Commissione Formazione della Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza Pediatrica, Dott. Andrea Manzi, in data 12/09/2009.

Presentazione

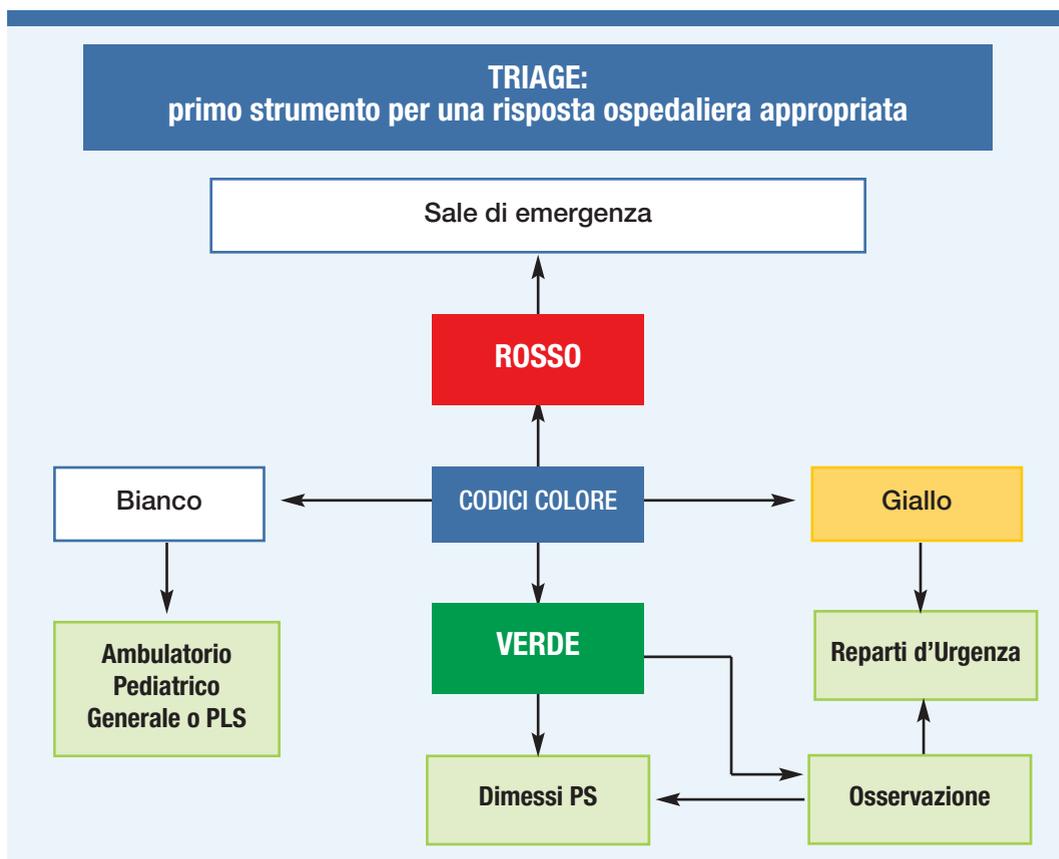
a cura del Presidente SIP e del Presidente SIMEUP

L'errore in medicina è dovuto nell'85% dei casi a problemi organizzativi e nel 15% dei casi ad errore umano.

Questo dato, molto enfatizzato in letteratura, diventa ancora più importante nei servizi di emergenza-urgenza, in cui le situazioni cliniche sono spesso imprevedibili e complesse.

Proprio in quest'area è fondamentale ridurre l'errore, osservando una metodologia rigorosa, che determini una struttura organizzativa non improvvisata e percorsi diagnostico-terapeutici efficaci ed efficienti.

Tali percorsi diagnostico-terapeutici vengono determinati già dal TRIAGE, nodo centrale di tutte le attività di Pronto Soccorso (PS).



Lo definiamo strumento perché grazie al TRIAGE si definisce il giusto percorso, incardinato nel modello organizzativo, ma si segue una metodologia acquisita in corsi formativi, che riducono l'errore umano.

L'infermiere triagista, infatti, evita il possibile errore del colpo d'occhio misurando i parametri vitali ed oggettivando la propria estemporanea soggettiva valutazione.

Grande merito va riconosciuto alla Coordinatrice ed a tutta la Commissione per la realizzazione di un "Manuale Formativo di Triage Pediatrico" che, mettendo al servizio di tutti gli operatori dei PS Pediatrici la propria cultura e le più aggiornate evidenze scientifiche, ha analizzato tutte le variabili di un'attività di così grande complessità e difficoltà.

La Commissione permetterà, con quest'opera ed i corsi che se ne avvarranno, di prestare ai nostri piccoli pazienti un'assistenza di qualità ed ai genitori un supporto di grande accoglienza umana e professionale.

Le problematiche del triage, per quanto concerne gli indirizzi generali e la formazione, sono aspetti che debbono essere privilegiati nell'ambito dell'area pediatrica e, più specificatamente, nell'ambito degli ospedali pediatrici e dei PS Pediatrici di riferimento provinciale. La SIP e la SIMEUP promuovono, come Società Scientifiche, un lavoro di stretta integrazione e di studio con gli infermieri pediatrici e non, come anche documentato dalle loro attività congressuali. Vi ringraziamo per tutto ciò a nome della SIMEUP e di tutta la SIP.

Pasquale Di Pietro

Presidente Nazionale SIP

Antonio Vitale

Presidente Nazionale SIMEUP