
Pillole d' Emergenza

Joint Policy Statement—Guidelines for Care of Children in the Emergency Department

Dichiarazione politica comune - Linee guida per l'assistenza pediatrica nei dipartimenti di emergenza

American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine
American College of Emergency Physicians Pediatric Committee
Emergency Nurses Association Pediatric Committee

Traduzione a cura di Antonio Urbino e Luca Gastaldo

S.C. Pediatria d'Urgenza, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

I bambini che necessitano di prestazioni di pronto soccorso hanno esigenze tanto peculiari quanto più è grave e pericolosa per la vita l'emergenza in cui sono coinvolti.

Nella maggior parte dei casi i bambini vengono condotti in strutture d'emergenza in base alla loro collocazione geografica.

Diventa quindi fondamentale che tutte le postazioni di pronto soccorso posseggano farmaci, attrezzature, politiche ed istruzioni adatti alla gestione dell'emergenza pediatrica.

Ulteriore complicazione all'urgenza pediatrica è data dalla grande differenza tra il neonato e l'adolescente che hanno esigenze di salute completamente differenti, così come le età intermedie.

Il carico dell'emergenza pediatrica in pronto soccorso è elevato. Nel 2006, per esempio, su 119 milioni di visite in PS negli Stati Uniti, circa il 20% riguardavano pazienti pediatrici.

Solo il 6% dei PS negli USA e in Canada ha tutti i materiali di consumo e le attrezzature consigliati nelle linee guida per l'assistenza pediatrica (linee guida la cui pubblicazione era nota solo al 59% dei Manager di PS). Inoltre, oltre il 50% dei PS assiste meno di 10 pazienti pediatrici al giorno.



Pillole d' Emergenza

Diventa necessario indicare dei coordinatori per l'assistenza pediatrica in emergenza. Solo il 18% dei PS ha un coordinatore medico per l'assistenza pediatrica e solo il 12% un coordinatore infermieristico.

Diventa fondamentale avere delle linee guida statali ed una impostazione nazionale prima e regionale poi che permetta di standardizzare le cure pediatriche d'emergenza identificando i coordinatori per i singoli centri ed identificando localmente i centri in grado di stabilizzare il paziente pediatrico critico.

Il coordinatore medico deve:

- essere un pediatra o un medico di medicina generale che dimostri competenza in ambito pediatrico soprattutto nella gestione delle emergenze mediante la propria formazione ed esperienza clinica diretta.
- dimostrare di mantenere alto il proprio livello di istruzione sull'emergenza pediatrica. verificare la competenza e la professionalità del personale che coordina
- contribuire allo sviluppo ed alla revisione periodica delle politiche e delle procedure per la gestione dell'emergenza pediatrica
- occuparsi della formazione e della collaborazione con il personale che gestisce l'emergenza pediatrica extraospedaliera
- collaborare con il coordinatore infermieristico sia per la gestione del personale che per la gestione dei farmaci e del materiale tecnico.

Vengono anche suggeriti strumenti di revisione per migliorare il cosiddetto QI (Quality Improvement) ed il PI (Performance Improvement).

Tali strumenti sono la revisione continua dei processi e dei percorsi di cura intra ed extraospedalieri mediante la raccolta e l'analisi dei dati, volta a scoprire le varianze rispetto alle linee guida, gli errori commessi, per intraprendere processi di correzione che permettano di migliorare l'aderenza alle linee guida.



Pillole d' Emergenza

Come migliorare la sicurezza dei pazienti pediatrici nel dipartimento di emergenza?:

Fatta eccezione per i pazienti che necessitano di immediata stabilizzazione (per loro viene suggerito di utilizzare i sistemi basati sui "metri" che stimano i dosaggi dei farmaci sulla base della lunghezza dei bambini):

- pesare i bambini in chilogrammi.
- misurare i parametri vitali di tutti i bambini all'arrivo (FC, FR, SatO₂; TC; PAOS).
- identificare una procedura che metta il medico rapidamente a conoscenza dell'alterazione dei parametri misurati.
- conservazione e preparazione dei farmaci dell'emergenza mediante l'utilizzo di linee guida con dosaggi precalcolati per i bambini tutte le età.
- igiene e dispositivi di protezione individuali.
- identificazione sicura e corretta del paziente.
- gestione della famiglia del piccolo paziente.

Quali percorsi devono essere standardizzati e controllati?:

- triage.
 - valutazione e rivalutazione del paziente pediatrico.
 - documentazione dei segni vitali; comunicazione delle alterazioni dei segni vitali; azioni da intraprendere in emergenza in base a questa alterazioni.
 - gestione dei pazienti con defici immunitari.
 - procedure di sedazione ed analgesia.
 - consenso informato (compreso "cosa fare" se il genitore non è presente e non può dare il consenso)
 - problemi sociali e di salute mentale.
 - contenzione fisica o chimica dei pazienti
-
- maltrattamento e abuso



Pillole d' Emergenza

- gestione dell'evento morte
- richiesta di non rianimare o di interrompere le manovre.
- coinvolgimento della famiglia (decisioni, presenza durante le manovre rianimatorie, istruzione della famiglia, pianificazione della dimissione, consulenza al lutto).
- interazione con i medici di base.
- imaging che rispetti i criteri ALARA (somministrare la minore dose di radiazioni possibili per ottenere l'informazione necessaria).
- pianificare le emergenze sanitarie e le catastrofi (farmaci, vaccini, materiale di consumo, macchinari ecc...) stressando l'importanza delle esercitazioni.

Trasferimento del paziente:

Processo definito per l'inizio del trasporto.

Piano di trasporto per il trasferimento sicuro e tempestivo presso la struttura più adatta (per esempi in caso di amputazioni identificare la struttura in grado di eseguire il reimpianto).

Selezione e formazione del personale adeguato alla gestione del trasporto.

Trasferimento effettivo del paziente

Processo di trasferimento dei dati del paziente trasferito. Eventuale pianificazione del ritorno del paziente presso la struttura di invio.

Servizi di supporto:

Radiologia (attrezzature adeguate a fornire la minor dose possibile di radiazioni; processo di invio ad altre strutture per le procedure radiologiche che superano le capacità dell'ospedale, rapida analisi e comunicazione del referto da parte del radiologo).

Laboratorio: deve essere attrezzato all'analisi dei campioni dei bambini di tutte le età, meglio se mediante microtecniche che consentano l'analisi di campioni anche molto piccoli.



Pillole d' Emergenza

Linee guida per le attrezzature:

Le attrezzature, le forniture ed i medicinali devono essere adeguati per i bambini di tutte le età e dimensioni; devono essere facilmente accessibili, chiaramente etichettati, sistemati in maniera sicura e logicamente organizzata.

E' fortemente raccomandato l'allestimento di un carrello mobile con il materiale per le emergenze.

Tutto il personale deve essere istruito circa il materiale a disposizione ed alla sua ubicazione che deve essere verificata giornalmente da un incaricato.

Munirsi di grafici con i dosaggi dei farmaci precalcolati (pe esempio il nastro basato sulla lunghezza di software per il rapido calcolo dei dosaggi e delle dimensioni dei materiali necessari per ogni bambino.

APPENDICE 1.

COMPETENZA CLINICA E PROFESSIONALE.

Deve essere dimostrata mediante numerosi meccanismi tra cui la partecipazione a corsi professionalizzanti sull'urgenza pediatrica quail ad esempio il PALS.

Le aree potenziali per lo sviluppo delle competenze pediatriche e per la valutazione delle competenze professionali possono includere (ma non sono le sole) le seguenti aree:

- Triage
- Valutazione e gestione della malattia e delle ferite.
- Valutazione e gestione del dolore inclusa sedazione ed analgesia.
- Gestione delle vie aeree
- Accesso vascolare
- Monitoraggio delle cure in emergenza
- Rianimazione neonatale e pediatrica
- Gestione del trauma
- Gestione delle ustioni
- Maxiemergenze
- Gestione e trattamento delle famiglie
- Somministrazione dei farmaci e utilizzo delle attrezzature in sicurezza.
- Esercitazioni per il team e valutazione della comunicazione efficace.

