



Il Pediatric Assessment Triangle

Dieckmann RA, Brownstein D, Gausche-Hill M. The pediatric assessment triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children. *Pediatr Emerg Care.* 2010;26:312-5.

Nei servizi di emergenza-urgenza la valutazione di un bambino con problema acuto è spesso difficile. Il bambino infatti è di solito troppo piccolo o troppo spaventato o troppo abbattuto per rispondere alle domande. La valutazione fisica è spesso ostacolata dal bambino, troppo agitato o stressato per cooperare all'esame obiettivo svolto su di lui. Altri fattori di difficoltà sono anche la variabilità in base all'età dei parametri vitali e la scarsa frequenza di esperienze su bambini di molti operatori dei servizi di emergenza territoriali. In ogni situazione di emergenza-urgenza un approccio algoritmico alla valutazione iniziale ed alla gestione successiva si è dimostrato in grado di migliorare l'affidabilità della valutazione stessa. L'approccio algoritmico determina la standardizzazione della valutazione, migliora la comunicazione tra i membri del team e riduce il rischio di errori per incomprensione. Nell'ambito dell'emergenza-urgenza pediatrica esistono numerosi strumenti e scale che aiutano l'operatore nella valutazione dello stato di gravità del bambino (es: Yale, Glasgow, PRISM). Uno strumento sempre più frequentemente usato nei servizi di emergenza-urgenza territoriale è il Pediatric Assessment Triangle (PAT) (in italiano: triangolo di valutazione pediatrica), che è stato ideato per standardizzare la primissima, iniziale impressione clinica del bambino da parte dell'operatore chiamato a prestargli le cure.

Per i bambini di tutte le età la valutazione di emergenza-urgenza si compone di tre distinti stadi:

- 1- prima impressione generale, basata solo sull'osservazione visiva e uditiva
- 2- valutazione fisica primaria "mani sul paziente", con la sequenza ABCDE
- 3- valutazione secondaria, cioè l'esame obiettivo completo standard.

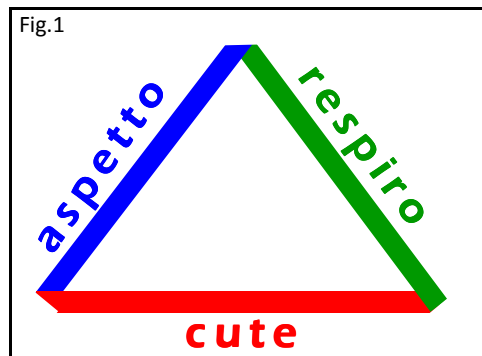
Il PAT è lo strumento che viene usato allo stadio 1. Si basa solo su vista e udito dell'operatore, si può compiere senza toccare il bambino, senza avvicinarsi a lui e senza strumenti (in tal modo riducendo paura e comportamenti oppositivi) e si effettua in pochi secondi. Il PAT aiuta il soccorritore a rispondere in pochi istanti alla domanda "il bambino è grave o non grave?", a stabilire la gravità delle condizioni e l'urgenza degli interventi successivi.

La figura 1 mostra il PAT.

I tre componenti del PAT sono: 1 aspetto, 2 respiro, 3 cute.

Ciascun componente è valutato separatamente in base ad una serie di rilievi visivi o uditivi. Ciascun rilievo è classificato come normale o non normale.

Le figure da 2 a 4 mostrano i diversi rilievi normali e non normali dei tre componenti del PAT.



	normale	anormale
Tono	Si muove spontaneamente Si oppone Sta seduto o in piedi (secondo età)	Non si muove Tono muscolare flaccido o rigido
Interattività	Appare vigile ed in contatto con i presenti Interagisce coi presenti e l'ambiente Cerca di prendere oggetti	Reazione ridotta o assente ai presenti e agli stimoli ambientali
Consolabilità	Smette di piangere se coccolato dalla mamma Ha comportamento diverso nei confronti del familiare e degli estranei	Non smette di piangere alle coccole della mamma
Sguardo	C'è contatto con gli occhi del valutatore Segue con lo sguardo oggetti in movimento	Gli occhi non agganciano lo sguardo del valutatore e non seguono gli oggetti
Pianto/parola	Piange in modo vigoroso Usa linguaggio appropriato all'età	Pianto assente Non parla

	normale	anormale
Suoni respiratori	Movimenti respiratori visibili Nessun rumore anormale	Voce fioca o smorzata, stridore, respiro ansimante o russante o non udibile
Posizione	Indifferente	Posizione seduta appoggiata in avanti o "sniffing position" Preferenza per la posizione seduta
Retrazioni	Assenti	Presenza di retrazioni sopraclavicolari, intercostali, sottosternali, dondola la testa
Alitamento	Assente	Alitamento delle pinne nasali in inspirazione

	normale	anormale
Pallore	Assenza	Presenza
Marezzature	Assenza	Presenza
Cianosi	Assenza	Presenza
Sanguinamenti esterni	Assenza	presenza

Se anche un solo rilievo è non normale, il componente del PAT di cui fa parte è considerato anormale.

La combinazione della normalità o anormalità dei tre componenti non genera una diagnosi ma fornisce una impressione clinica, preliminare ma formalizzata e oggettivata, che identifica se il bambino è grave o no e che orienta a quale area appartiene il problema da cui è colpito se è grave. La figura 5 mostra lo schema che orienta il valutatore in base alle sette

Aspetto	normale	normale	anormale	normale	anormale	anormale	anormale
Respiro	normale	anormale	anormale	normale	normale/ anormale	normale	anormale
Cute	normale	normale	normale/ anormale	anormale	anormale	normale	anormale
	Bambino stabile	Distress respiratorio	Insufficienza respiratoria	Shock compensato	Shock scompensato	Disfunzione del SNC o metabolica	Insufficienza cardio-polmonare

La gestione delle convulsioni febbrili: attitudini di comportamento degli operatori sanitari

Risultati dello studio condotto da ACP, Ospedale Burlo Garofolo e SISIP

Le Linee Guida pubblicate recentemente in letteratura suggeriscono in modo chiaro e con alti livelli di evidenza alcuni aspetti di conoscenza e di gestione delle Convulsioni febbrili (CF), con particolare riferimento alla loro incidenza e ricorrenza, all'utilizzo dei clismi di diazepam in corso di crisi di CF, alla inefficacia dei farmaci antipiretici nel prevenire la ricorrenza delle CF ed al ricorso o meno all'esame elettroencefalografico (EEG). La forza delle evidenze disponibili suggerisce l'opportunità di verificare lo stato attuale delle conoscenze e dei comportamenti da parte del personale sanitario in merito alle CF e le eventuali difformità su cui agire tramite apposite campagne di informazione rivolte a medici e infermieri.

Materiali e metodi: È stato utilizzato un questionario compilato da specializzandi in pediatria (SP), pediatri di libera scelta (PLS), pediatri ospedalieri (PO) e infermieri pediatrici o infermieri di area pediatrica (IP). La risposta al questionario era su base volontaria. Partendo da uno scenario clinico (bambina di 1 anno e mezzo con primo episodio di CF semplice) il questionario richiedeva le informazioni riguardanti: a) l'incidenza delle CF nei bambini tra 6 mesi e 5 anni; b) la probabilità di avere un II episodio; c) l'efficacia degli antipiretici sulla prevenzione delle CF; d) la tempistica sull'utilizzo del diazepam endorettale nelle crisi successive; e) l'opportunità di eseguire un EEG.

Risultati: Hanno risposto al questionario 1025 operatori sanitari, di cui 162 PO, 604 PLS, 92 SP, 167 IP. L'incidenza delle CF, pari al 3-5%, è stata indicata correttamente dal 64% degli operatori (41% per gli IP; 71% per i PLS); la probabilità di ricorrenza di un nuovo episodio di CF, stimata al 20-30%, è stata indicata correttamente dal 58% degli operatori (47% per gli IP, 64% per gli SP). Il 75% ha indicato in modo appropriato che non vi è dimostrazione che l'antipiretico, anche se somministrato in modo sistematico in corso di febbre, riduca la ricorrenza della CF. Sempre il 75% degli operatori (82% per gli SP, 72% per i PO) ritiene, in modo appropriato, che il diazepam endorettale vada utilizzato se il bambino presenta una crisi che dura più di 1-2 minuti. In merito alla opportunità, di fronte ad una CF semplice, di non eseguire l'EEG, l'81% riporta correttamente questa raccomandazione (93% per gli SP, 76% per gli IP). Complessivamente solo il 45% degli operatori ha fornito una risposta corretta a tutti e cinque i quesiti formulati.

Conclusioni: La conoscenza da parte dei medici e degli infermieri delle evidenze in merito alla valutazione di un bambino con CF rappresenta il primo passo per una corretta gestione e per una adeguata informazione dei genitori. I risultati dello studio evidenziano un discreto livello di conoscenza degli operatori sanitari, anche se con una differenza tra le categorie professionali. Si rendono pertanto necessarie campagne di informazione e formazione sulla gestione del bambino con CF, a partire da quelle che sono le raccomandazioni formulate nelle LG sugli specifici punti che sono stati oggetto dello studio.

Rispondi al quesito e vinci....

Tra tutti coloro che invieranno entro il **20.08.10** la risposta corretta alla mail: gruppo.ebn@meyer.it verrà estratto a sorte un nominativo che vincerà il CD-DVD "Procedure Pediatriche" della EDISES

IL QUESITO DI LUGLIO-AGOSTO

Il bambino che assistete ha la sindrome nefrosica. La mamma vi dice di sentirsi stressata dal peso delle cure da dare al bambino. Quale tra queste affermazioni della mamma vi fa capire che la famiglia ha dei problemi a gestire in modo adeguato la situazione?

- A- "ho iniziato a frequentare un gruppo di auto-aiuto tra famiglie di bambini con sindrome nefrosica"
- B- "ho chiesto a mia suocera di venire da me ogni tanto per consentirmi di avere un pomeriggio per me"
- C- "mio marito ha deciso che dividerà con me la gestione della terapia del bambino"
- D- "abbiamo deciso che una volta la settimana salteremo le prescrizioni dietetiche del bambino in modo da avere un giorno di respiro"

Child Health Nursing, Reviews & Rationales pag.175



Il Quesito di Giugno

Una volta rimossa l'agocannula ad un bambino con alterazione della funzionalità piastrinica, cosa dovrebbe fare l'Infermiere?

- A- limitare i movimenti del braccio per almeno 12 ore
- B- richiedere un esame batteriologico dell'agocannula
- C- applicare degli steri-strip e tenere il braccio all'altezza del cuore per almeno 15 minuti
- D- applicare una pressione diretta sul sito d'inserzione dell'agocannula per almeno 5 minuti

La risposta esatta era la D: in un bambino con alterazione della funzionalità piastrinica una lesione della cute va trattata come una puntura arteriosa.

Al quesito di Maggio hanno risposto 111 colleghi, con 103 risposte esatte e 8 non corrette. Tra i colleghi che hanno dato risposta esatta è stata sorteggiata la collega **Giulia Calabresi** della **Patologia Neonatale dell'Ospedale di Cittadella (PD)**, che ha vinto il DVD "Procedure Pediatriche"
Congratulazioni !

Infermieri dei Bambini torna a settembre. Buona Estate a tutti !

<http://www.infermieristicapediatrica.it>