



Ass. Sportiva ARES calcio; Associazione Noi di S. Pio X; Gruppo Sportivo PGS S. Croce; Istituto Comprensivo 15 Borgo Venezia; Istituto Comprensivo 16 Valpantena; Istituto Comprensivo 17 Montorio; Istituto Comprensivo 19 Santa Croce; Istituto Comprensivo 20 S. Michele Extra; Istituto Comprensivo 21 Madonna di Campagna; Liceo Scientifico "Copernico" Vr-Est; ITES A. Pasoli; Liceo Montanari Scienze umane e musicale; Scuole Aportiane Via Salgari; Scuola in Ospedale; Parrocchia di S.Maria Addolorata; Parrocchia S.Croce; Parrocchia S.Pio X Biondella.



Impossibile visualizzare l'immagine. La memoria del computer potrebbe essere insufficiente per aprire l'immagine oppure l'immagine potrebbe essere danneggiata. Riavviare il computer e aprire di nuovo il file. Se viene visualizzata nuovamente la 'x' rossa, potrebbe essere necessario eliminare l'immagine e inserirla di nuovo.

LA SCUOLA PER GENITORI propone un momento di riflessione importante:

URGENZE-EMERGENZE PEDIATRICHE E NELL'ADULTO



Incontro con il **Primario di Anestesia e Rianimazione**
PROF. ENRICO POLATI
e il **Primario di Pronto Soccorso**
DOTT. MATTEO FRAMEGLIA

GIOV. 4 APRILE 2013, ORE 20.45

CENTRO CIVICO TOMMASOLI, Via Perini , 7 Verona

La Responsabile della Scuola per Genitori
Prof.ssa Daniela Galletta

Il Presidente di PROSPETTIVA FAMIGLIA
Alberto Tosi



PRINCIPALI CAUSE DELLE EMERGENZE PEDIATRICHE

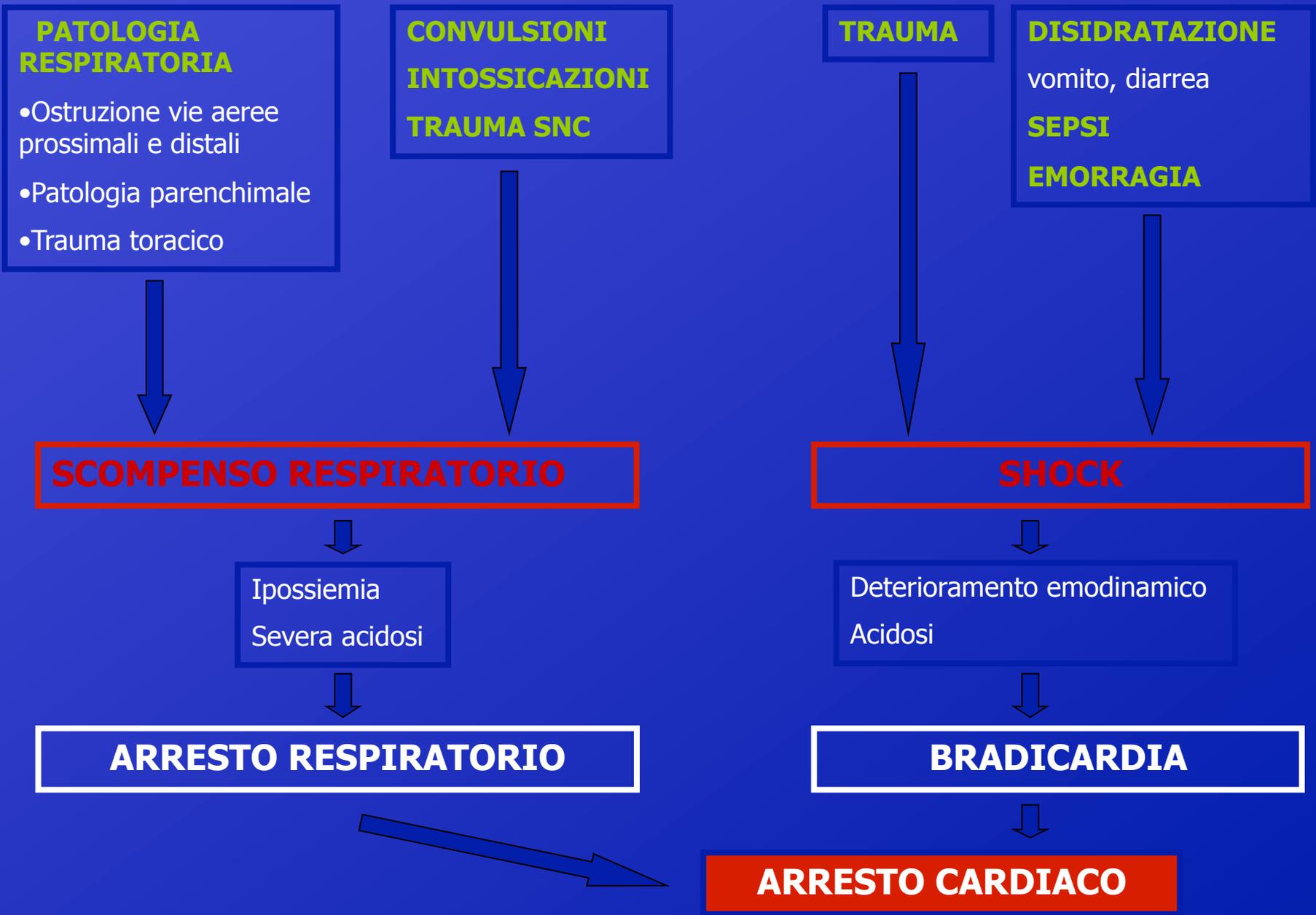
- Arresto cardiaco
- Insufficienza respiratoria
- Ipovolemia e shock

Caratteristica peculiare dell'età pediatrica è la rapidità dell'evoluzione dei quadri clinici

PRINCIPALI CAUSE DELLE EMERGENZE PEDIATRICHE

- Arresto cardiaco
- Insufficienza respiratoria
- Ipovolemia e shock

Caratteristica peculiare dell'età pediatrica è la rapidità dell'evoluzione dei quadri clinici



PRINCIPALI CAUSE DELLE EMERGENZE PEDIATRICHE

- Arresto cardiaco
- Insufficienza respiratoria
- Ipovolemia e shock

Caratteristica peculiare dell'età pediatrica è la rapidità dell'evoluzione dei quadri clinici

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

Prima causa di arresto cardiaco

- ostruzione vie aeree
- malattie polmonari
- patologie cardiocircolatorie
- malattie SNC
- traumi capo e torace
- avvelenamenti da gas
- folgorazione

dispnea

tachipnea

cianosi periferica

rientramenti respiratori

stridore inspiratorio

fischi e sibili inspiratori

PRINCIPALI CAUSE DELLE EMERGENZE PEDIATRICHE

- Arresto cardiaco
- Insufficienza respiratoria
- **Ipovolemia e shock**

Caratteristica peculiare dell'età pediatrica è la rapidità dell'evoluzione dei quadri clinici

IPOVOLEMIA E SHOCK

La causa più comune di shock è l' ipovolemia come conseguenza di traumi, gastroenteriti e sepsi

SHOCK COMPENSATO

- tachicardia
- estremità fredde
- tempo refill prolungato (>2'')
- polsi periferici deboli

SHOCK SCOMPENSATO

- alterato stato mentale
- ridotta diuresi
- acidosi metabolica
- tachipnea
- polsi centrali deboli
- ipotensione arteriosa

IPOVOLEMIA E SHOCK Parametri vitali e peso per età

Età	FR (a/min)	FC (b/min)	PAS (mm Hg)	Peso (Kg)
Neonato	30-50	120-160	60-80	3-4
Infante	30-40	120-140	70-80	8-10
2-4 anni	20-30	100-110	80-95	12-16
5-8 anni	14-20	90-100	90-100	18-26
8-12 anni	12-20	80-100	100-110	26-50
>12 anni	12-16	60-90	100-120	>50

LA FEBBRE



LA FEBBRE

- TC > 37°C ascellare o TC > 37.5°C rettale o orale
 - TC 39-40°C “febbre alta”
 - TC 40-41°C “febbre molto alta”
- causata principalmente da virus e/o batteri
- meccanismo di difesa
- utilizzo antipiretici se:
 - febbre molto alta
 - febbre alta con sintomi fastidiosi
 - febbre con mialgie e/o cefalea

LA FEBBRE

VALUTARE:

- stato di coscienza
- qualità di respiro
- difficoltà a muovere la testa
- dolore addominale/orecchie
- vomito/diarrea
- disidratazione
- convulsioni



Invio in PS se:

- *segni di disidratazione*
- *mancata defervescenza*
- *complicanze*

COSA FARE:

- ricercare SS disidratazione (ridotta diuresi, pelle e labbra secche), fontanella affossata
- far bere il bambino
- evitare di coprire eccessivamente il bambino
- se febbre molto alta si possono utilizzare spugnature con acqua tiepida per circa 20' oltre antipiretico

CRISI CONVULSIVA

CONVULSIONE temporanea perdita di coscienza accompagnata da alterazioni dello stato sensitivo-motorio seguita da ipertonia (fase tonica) e da successive scosse mm ritmiche arti (fase clonica)

STATO POST CRITICO fase temporale successiva alla crisi nella quale il soggetto riemerge progressivamente dallo stato di incoscienza

Colpisce 4-6% dei bambini

Breve durata 10-15' , raramente >30' o crisi rapidamente subentranti: stato di male epilettico (può determinare danni cerebrali gravi anche permanenti)

CRISI CONVULSIVA

VALUTARE:

- durata dell' attacco
- bilateralità o monolateralità
- perdita di urine e/o feci
- crisi precedenti
- segni infezione/stato febbrile
- recente trauma cranico



Invio in PS

COSA FARE:

In fase di crisi: proteggere e contenere il bambino (posizione laterale di sicurezza, apertura vie aeree)

In fase post critica: valutare ABC, operare monitoraggio neurologico, O2 terapia

INTOSSICAZIONI

Ingestione, inalazione, iniezione o applicazione sulla cute di qualsiasi sostanza in grado di procurare un danno

- Evento frequente, raramente mortale
- I bambini rappresentano 70% di tutti i casi di intossicazione, l'80% di questi sotto i 5 anni con assunzione di piccole quantità e non intenzionalmente
- Per i bambini in età scolare e gli adolescenti l'assunzione è in genere intenzionale sia come esperimento sia a scopo autolesionistico
- Raccogliere bottiglie, contenitori, sostanze sospette e portarle in PS



Invio in PS

TRAUMA CRANICO

La maggior causa di morte traumatica nel bambino.

La testa è la parte più pesante ed ingombrante del corpo, i mm del collo sono ancora deboli e quindi il rachide cervicale è molto sollecitato: **IMMOBILIZZARE** rachide cervicale.

TRAUMA CRANICO

Glasgow Coma Scale e Pediatric Glasgow Coma Scale

	GCS 4-15 anni	PGCS < 4 anni	score
apertura degli occhi	▪ spontanea	▪ spontanea	4
	▪ al comando verbale	▪ al comando verbale	3
	▪ ad uno stimolo dolorifico	▪ ad uno stimolo dolorifico	2
	▪ nessuna risposta	▪ nessuna risposta	1
miglior risposta verbale	▪ conversa, risposte appropriate	▪ parole appropriate o sorriso socievole, fissa e segue con lo sguardo	5
	▪ confusa	▪ piange ma e' consolabile	4
	▪ parole inappropriate	▪ persistentemente irritabile	3
	▪ suoni incomprensibili	▪ irrequieto, agitato	2
	▪ nessuna risposta	▪ nessuna risposta	1
migliore risposta motoria	▪ obbedisce al comando	▪ esegue comandi, movimento spontaneo	6
	▪ localizza uno stimolo doloroso	▪ localizza uno stimolo doloroso	5
	▪ retrae al dolore	▪ retrae al dolore	4
	▪ postura in flessione al dolore (decorticazione)	▪ postura in flessione al dolore (decorticazione)	3
	▪ postura in estensione al dolore (decerebrazione)	▪ postura in estensione al dolore (decerebrazione)	2
	▪ postura in estensione al dolore (decerebrazione)	▪ nessuna risposta motoria	1
	▪ totale massimo		15

Se il paziente è incosciente, intubato, non parla, la parte più importante di questa scala è la risposta motoria.

**Trauma cranico minore
GCS o pGCS 14-15**

**Trauma cranico moderato
GCS o pGCS 9-13**

**Trauma cranico severo
GCS o pGCS 3-8**

TRAUMA CRANICO MINORE

- Normale stato di coscienza
- Assenza di segni neurologici focali
- Assenza di segni clinici di fratture della base cranica
- Assenza di segni clinici di frattura della volta complicata

Trauma cranico minore
GCS o pGCS 14-15

TC minore a basso rischio

- dinamica a bassa E
- asintomaticità
- cefalea lieve e localizzata in sede di trauma
- ferite cutanee e/o edemi dello scalpo di modeste dimensioni

TC a medio rischio

- 0-2 aa
- amnesia post-traumatica
- sonnolenza/irritabilità
- vomito ripetuto (>5)
- cefalea ingravescente
- dinamica importante
- importante ematoma in sede critica (parietale, occipitale, temporale e mastoidea, orbitaria)

Glasgow Coma Scale e Pediatric Glasgow Coma Scale			
	GCS 4-15 anni	PGCS < 4 anni	score
apertura degli occhi	• spontanea	• spontanea	4
	• al comando verbale	• al comando verbale	3
	• ad uno stimolo dolorifico	• ad uno stimolo dolorifico	2
	• nessuna risposta	• nessuna risposta	1
miglior risposta verbale	• conversa, risposte appropriate	• parole appropriate o sorriso socievole, fissa e segue con lo sguardo	5
	• confusa	• piange ma e' consolabile	4
	• parole inappropriate	• persistentemente irritabile	3
	• suoni incomprensibili	• irrequieto, agitato	2
	• nessuna risposta	• nessuna risposta	1
migliore risposta motoria	• obbedisce al comando	• esegue comandi, movimento spontaneo	6
	• localizza uno stimolo doloroso	• localizza uno stimolo doloroso	5
	• retrae al dolore	• retrae al dolore	4
	• postura in flessione al dolore (decorticazione)	• postura in flessione al dolore (decorticazione)	3
	• postura in estensione al dolore (decerebrazione)	• postura in estensione al dolore (decerebrazione)	2
	• nessuna risposta motoria	• nessuna risposta motoria	1
	• totale massimo		15

Se il paziente è incosciente, intubato, non parla, la parte più importante di questa scala è la risposta motoria.

Invio in PS

TRAUMA CRANICO MAGGIORE

- Perdita di coscienza >5'
- Segni neurologici focali
- Segni di frattura della volta complicata (depressa o diastasata)
- Segni di frattura della base
- GCS o pGCS <13 o calo rapido di 2 punti



Invio in PS

Glasgow Coma Scale e Pediatric Glasgow Coma Scale			
	GCS 4-15 anni	PGCS < 4 anni	score
apertura degli occhi	• spontanea	• spontanea	4
	• al comando verbale	• al comando verbale	3
	• ad uno stimolo dolorifico	• ad uno stimolo dolorifico	2
	• nessuna risposta	• nessuna risposta	1
miglior risposta verbale	• conversa, risposte appropriate	• parole appropriate o sorriso socievole, fissa e segue con lo sguardo	5
	• confusa	• piange ma e' consolabile	4
	• parole inappropriate	• persistentemente irritabile	3
	• suoni incomprensibili	• irrequieto, agitato	2
	• nessuna risposta	• nessuna risposta	1
migliore risposta motoria	• obbedisce al comando	• esegue comandi, movimento spontaneo	6
	• localizza uno stimolo doloroso	• localizza uno stimolo doloroso	5
	• retrae al dolore	• retrae al dolore	4
	• postura in flessione al dolore (decorticazione)	• postura in flessione al dolore (decorticazione)	3
	• postura in estensione al dolore (decerebrazione)	• postura in estensione al dolore (decerebrazione)	2
	• postura in estensione al dolore (decerebrazione)	• nessuna risposta motoria	1
	• totale massimo		15

Se il paziente è incosciente, intubato, non parla, la parte più importante di questa scala è la risposta motoria.

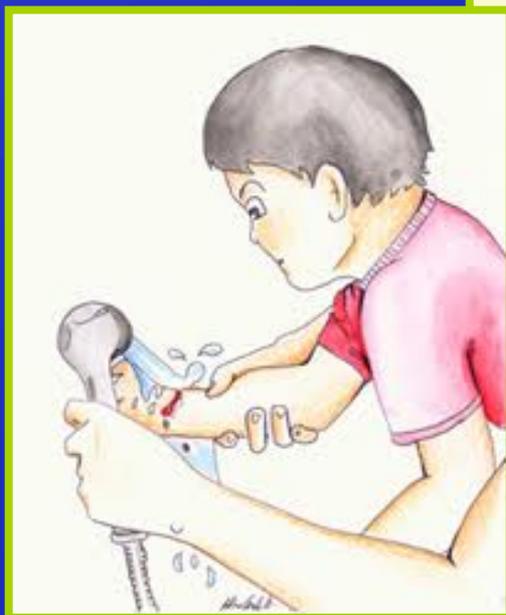
TRAUMI ARTI

- *FRATTURE A LEGNO VERDE:*

Le ossa di un bambino sono più morbide e più flessibili di quelle di un adulto, quindi sono più propense a piegarsi piuttosto che a rompersi completamente. Una frattura a legno verde può essere difficile da diagnosticare ma necessita di immobilizzazione come ogni altra frattura.

FERITE

- *se possibile (ferite agli arti) in caso di copiosa emorragia (arteriosa) fare emostasi a monte*
- *pulire la ferita con acqua*
- *eseguire medicazione compressiva (non posizionare cotone, preferibilmente garze sterili)*



USTIONI

USTIONI CHIMICHE irrigazione continua e copiosa per un' ora

DANNI CHIMICI AGLI OCCHI copiose irrigazioni d' acqua, rimozione eventuali lenti oculari

USTIONI ELETTRICHE piccole ferite in entrata o in uscita possono essere associate a danno tessutale grave e profondo



- Maggior rischio bambini <5aa
- Irrigare subito con acqua corrente
- Coprire con medicazione pulita
- Somministrare analgesia



Invio in PS

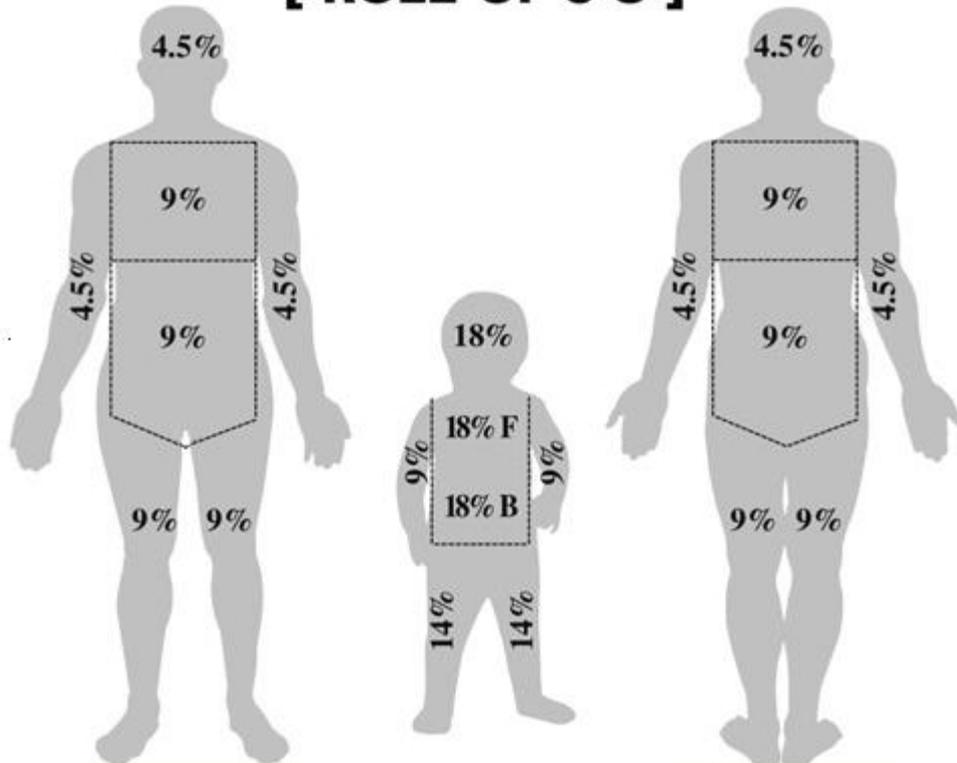
USTIONI

FERMARE IL PROCESSO USTIONANTE E RAFFREDDARE

- assicurare la propria incolumità
- se fiamma addosso soffocare con una coperta o spegnere con acqua
- per ustioni elettriche: disconnettere la persona dalla fonte elettricità
- rimuovere abbigliamento e gioielli
- raffreddare ustioni mediante immediata immersione in acqua di rubinetto corrente (8-15°C) per almeno 20' . Se ustione chimica almeno per un' ora
- non usare ghiaccio
- evitare l' ipotermia (acqua tiepida, 15°C circa)
- se ritardo nel raffreddare l' ustione la terapia dovrebbe essere attuata fino a 3 ore dal trauma
- non tentare di rimuovere catrame

QUESTIONI

[RULE OF 9'S]



FRONT

BACK



Grazie per l'attenzione!