



“Segni e sintomi di patologie mediche in funzione di una corretta gestione del soccorso.”

Incontro formativo rivolto ai Volontari della Croce Rossa Italiana Comitato di Fossombrone, già operativi nell'ambito della Po.T.E.S. 118 di Fossombrone.

Docente Fabio Pulejo

Dal 1991, Volontario del Soccorso: Istruttore di Pronto Soccorso Trasporto Infermi;

Dal 1997, Operatore Tecnico Gestione Soccorso c/o Centrale Operativa 118;

Studente in Infermieristica.

pulejo@gmail.com

347-2624356





Segni e Sintomi:

SEGNI:

Qualsiasi manifestazione o fenomeno, da cui si possono trarre indizi

(L'aumentata frequenza del polso, può essere SEGNO di febbre).

SINTOMI:

Sono quei fenomeni/eventi, con cui si manifesta lo stato della malattia.

(Il malato presenta tutti i SINTOMI della peritonite)



Cosa sono?

Definizione:

I 5 parametri vitali, sono quei valori che nell'individuo, rappresentano la funzionalità dell'organismo.

Servono a parametrare le Funzioni Vitali (che sono 3: Neurologica, Respiratoria e Circolatoria).

Parametri Vitali

Quali sono?

Stato di Coscienza

A.V.P.U.

0

Glasgow Coma Scale

Parametri Vitali

A. V. P. U.

A. ALERT = Vigile

V. VERBAL = Risponde se chiamato

P. PAIN = Risponde agli stimoli dolorosi

U. UNRESPONSIVE = Non risposta - Incosciente

Parametri Vitali

GLASGOW COMA SCALE

	DA 4 ANNI IN POI	BAMBINO DA 1 A 3 ANNI	LATTANTE < 1 ANNO
APERTURA OCCHI			
4	SPONTANEA	SPONTANEA	SPONTANEA
3	ALLA VOCE	ALLA VOCE	ALLA VOCE
2	AL DOLORE	AL DOLORE	AL DOLORE
1	NESSUNA	NESSUNA	NESSUNA
RISPOSTA VERBALE			
5	ORIENTATA	ORIENTATA. SOCIALIZZA, PARLA, INTERAGISCE	FA DEI VERSI, BALBETTA
4	CONFUSA	CONFUSA. DISORIENTATO, PIANTO CONSOLABILE	IRRITABILE, PIANGE
3	PAROLE INAPPROPRIATE	PAROLE INAPPROPRIATE, PIANTO NON CONSOLABILE	PIANGE AL DOLORE
2	SUONI INCOMPRESIBILI	SUONI INCOMPRESIBILI. AGITATO, IRREQUIETO,	SI LAMENTA AL DOLORE
1	NESSUNA	NESSUNA	NESSUNA
RISPOSTA MOTORIA			
6	OBBEDISCE AL COMANDO	NORMALE, MOVIMENTI SPONTANEI	NORMALE, MOVIMENTI SPONTANEI
5	LOCALIZZA IL DOLORE	LOCALIZZA IL DOLORE	RETRAE AL TOCCO
4	RETRAE AL DOLORE	RETRAE AL DOLORE	RETRAE AL DOLORE
3	FLETTE AL DOLORE (DECORTICAZIONE)	FLETTE AL DOLORE (DECORTICAZIONE)	FLETTE AL DOLORE (DECORTICAZIONE)
2	ESTENDE AL DOLORE (DECEREBRAZIONE)	ESTENDE AL DOLORE (DECEREBRAZIONE)	ESTENDE AL DOLORE (DECEREBRAZIONE)
1	NESSUNA	NESSUNA	NESSUNA

(E)

(V)

(M)

Range da 03 a 15. es. se in un Trauma, la somma ha un valore tra 03 e 12 = MEDICALIZZATA!

Parametri Vitali

Glasgow Coma Scale



Range da 03 a 15. es. se in un Trauma, la somma ha un valore tra 03 e 12 = **MEDICALIZZATA!**

Quando il valore del GCS non è 15, andrebbe indicato in dettaglio il valore delle singole componenti. Ad esempio: GCS = 13 (E3 V4 M6)

Il GCS valuta lo stato di coscienza e non la capacità di articolare il linguaggio o muovere le estremità. Pertanto:

- in caso di differenze nella risposta fra un arto e l'altro va indicata la prestazione migliore
- se la funzione verbale non è esplorabile (paziente intubato, afasico....) si aggiunge al punteggio la lettera T. Il GCS = 11T (E4 V1 M6) è un punteggio normale nel soggetto afasico.





Quali sono?

Stato di Coscienza

Frequenza Respiratoria (respiro)

Parametri Vitali



Il Respiro è l'atto di respirare.

Esso comporta l'assunzione di ossigeno e l'eliminazione di anidride carbonica.

INGRESSO DI ARIA: per "inalazione" o "inspirazione".

ESPULSIONE DI ARIA: per "esalazione" o "espirazione".

Parametri Vitali



Fattori che modificano la Respirazione

L'Età: con l'aumentare dell'età la F.R. diminuisce gradualmente;

L'Esercizio Fisico: la frequenza e la profondità della respirazione aumentano con l'esercizio fisico;

La Febbre: con l'aumentare della TC aumenta anche la F.R.;

I Farmaci: narcotici e farmaci depressivi, fanno diminuire la F.R.;

Lo Stress: lo stato d'ansia può far aumentare sia la frequenza sia la profondità del respiro. (sacchetto di carta)

Parametri Vitali



Caratteristiche del respiro

Frequenza:

Eupnea, Respiro normale, quieto, ritmico e senza sforzo.

Tachipnea, Respiro rapido caratterizzato da atti respiratori veloci e superficiali.

Bradipnea, Respirazione anormalmente lenta.

Apnea, cessazione della respirazione. (Pellizzari)

Parametri Vitali



Caratteristiche del respiro

Volume

Iperventilazione: atti respiratori prolungati e profondi.

Ipoventilazione: atti respiratori superficiali.

Agevole o faticoso

Dispnea: respiro difficoltoso, affannoso; il pz riferisce sensazione di fame d'aria.

Ortopnea: comparsa di dispnea in posizione supina.

L'assistito respira meglio solo in posizione: seduta diritta o in piedi.

Parametri Vitali



Caratteristiche del respiro

Suoni, udibili senza amplificazione:

Stertore: respiro rumoroso che viene prodotto dalle secrezioni in trachea e nei bronchi.

Sibilo: fischio ad elevata tonalità, presente nelle patologie ostruttive di bronchi e trachea.

Suono bolloso: rumore di gorgoglio come quando l'aria passa attraverso delle secrezioni.

Parametri Vitali



Caratteristiche del respiro

Movimenti del torace

Retrazione intercostale: infossamento tra le costole.

Retrazione sotto sternale: infossamento sotto lo sterno.

Retrazione soprasternale: infossamento sopra lo sterno.

Parametri Vitali



La Frequenza Respiratoria

Cosa occorre per misurarne i valori?

- I propri occhi ed orecchie. (a volte il palmo della mano);
- Orologio;

Quali tecniche si usano?

- Contare l'espansione toracica

La F.R. è misurata in atti respiratori per minuto.

Un adulto sano, normalmente in 60 sec, effettua dai 10 ai 20 atti respiratori.

Parametri Vitali



Quali sono?

Stato di Coscienza

Frequenza Respiratoria (respiro)

Saturazione, percentuale di Ossigeno nel Sangue

Parametri Vitali



Saturazione

Il **saturimetro** è un dispositivo diagnostico fotoelettrico che consente un monitoraggio attendibile, continuo e non invasivo, della funzione respiratoria del paziente, mediante la rilevazione della saturazione d'ossigeno dell'emoglobina nel sangue periferico.

Il Saturimetro evidenzia precocemente una Ipossiemia, prima che si presentino segni e sintomi.

La "SpO2" è l'acronimo usato per indicare la "Saturimetria Periferica di Ossigeno".

La "%" è l'unità di misura con la quale si evidenzia il suo valore. La Saturazione, in un adulto sano, può variare tra l'89 ed il 100%

esempio di Saturazione: SpO2 97%



Parametri Vitali



Saturazione



Parametri Vitali



Saturazione

Posizionamento:

La pinza o "coccodrillo" dello strumento, andrà posizionato sulle dita di mani o piedi o sul lobo dell'orecchio.

Le mani devono essere ripulite da eventuale smalto, gel, sporco evidente.

Accorgimenti:

Se la parte del corpo in cui si posiziona il sensore del saturimetro, è fredda, lo strumento non rileverà il valore della saturazione. Se possibile, provare a scaldare la parte, altrimenti provare in altra zona.

Parametri Vitali



Saturazione

ATTENZIONE alla Disemoglobinemia

Nell'intossicazione da **Monossido di Carbonio (CO)**, il sensore fotoelettrico del saturimetro interpreterà il colorito rosso vivo del sangue, come non cianosi e gli attribuirà valori erroneamente rassicuranti, prossimi al 100%.

Esempio: Se trovate una persona, (non cosciente ma viva), chiusa in un garage con il motore dell'auto acceso, è molto probabile che saturerà "stranamente" al 100%. Fornire cmq O2 alti flussi.



Quali sono?

Stato di Coscienza

Frequenza Respiratoria (respiro)

Saturazione, percentuale di Ossigeno nel Sangue

Frequenza Cardiaca, b/m

Parametri Vitali



La Frequenza Cardiaca

I Valori nell'adulto:

Normali: fra 60 e 100 b/m;

Alterati: < 40 b/m
> 130 b/m

IMPORTANTE: Ritmico o Aritmico?
Forte o Debole?

Parametri Vitali



La Frequenza Cardiaca

Cosa occorre per misurarne i valori?



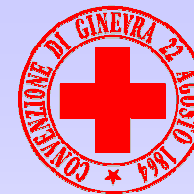
- Le proprie dita: Medio e Anulare. NON il pollice;
- Orologio;
- Oppure il Pulsiossimetro;



Quali tecniche si usano?

- Digitopressione: il valore conteggiato nei 30sec X2

Parametri Vitali



La Frequenza Cardiaca

I Punti di REPERE

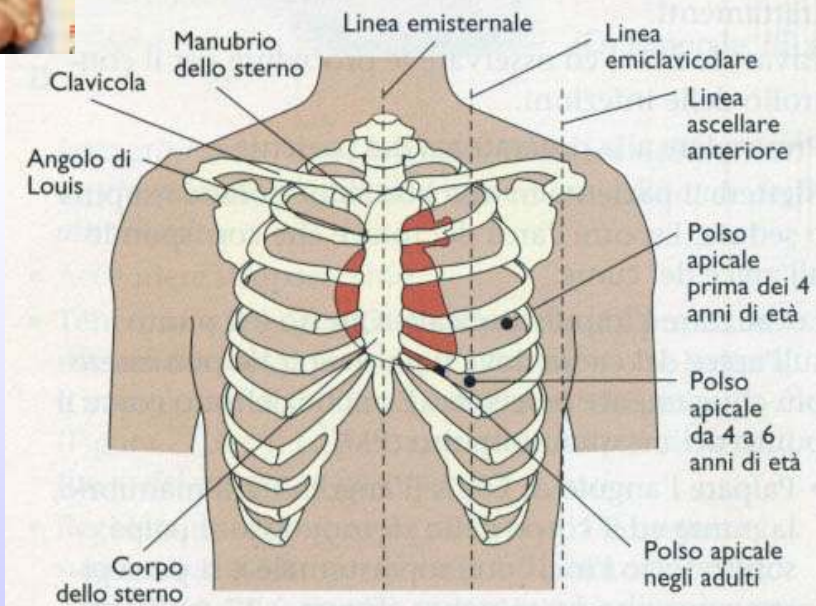


FIGURA 2-17 ♦ Sito del polso apicale dell'adulto e del bambino.



FIGURA 2-19 ♦ Rilevazione di un polso apicale usando l'amplificatore a disco piatto.



Quali sono?

Stato di Coscienza

Frequenza Respiratoria (respiro)

Saturazione, percentuale di Ossigeno nel Sangue

Frequenza Cardiaca, b/m

Pressione Arteriosa

Parametri Vitali



Pressione Arteriosa:

Sistolica
(detta anche "massima")

e

Diastolica
(detta anche "minima")

Parametri Vitali



La Pressione Arteriosa

I Valori in un adulto:

Normali _____ 120/80 mmHg.

Alterati _____ Sistolica < 90 mmHg;

Diastolica > 120 mmHg.

L'unità di misura è espressa in millimetri di Mercurio: mmHg



Parametri Vitali



La Pressione Arteriosa

Cosa occorre per misurarne i valori?

- Fonendoscopio;
- Sfigmomanometro;



Quali tecniche si usano?

- Metodo auscultatorio
- Metodo Palpatorio

Parametri vitali ed indice di valutazione sanitaria nell'adulto (almeno 12 anni)

Normali

Alterati

GLASGOW COMA SCALE

> 13
stato di coma cronico (A)
alterazioni del linguaggio (B)

13, (insorgenza acuta) (A)

< 13, (insorgenza acuta) (A)

FREQUENZA RESPIRATORIA

fra 10 e 20 atti/min

fra 21 e 30 atti/min
 (escluse cause funzionali) (D)

SATURAZIONE DI OSSIGENO
 rilevata prima di somministrare ossigeno,
 salvo il paziente sia in O₂terapia cronica

> 89%
ipossia cronica (C)

fra 85 ed 89%, acuta (C)

< 85%, **acuta (C)**

FREQUENZA CARDIACA

fra 60 e 100 battiti/min

fra 40 e 59 battiti/min
fra 101 e 130 battiti/min (E)
 (escluse cause funzionali) (D)

< 40 battiti/min
 > 130 battiti/min (D) (E)

PRESSIONE ARTERIOSA

sistolica > 89 mmHg
diastolica < 121 mmHg

diastolica > 120 mmHg

sistolica < 90 mmHg (F)

L'indice **0** (zero) si usa quando il soggetto "non necessita di intervento". Se è stato svolto un qualsiasi intervento –incluso monitoraggio dei parametri - va assegnato un codice da 1 a 4 anche ove non si sia provveduto al successivo trasporto in ospedale.

Quando tutti i parametri sono normali, (o le alterazioni sono croniche) assegna:

- 1** se si possono escludere peggioramenti nelle prossime ore
- 2** se la patologia non fa escludere un peggioramento a breve termine

Quando uno o più parametri vitali rientrano nel range di questa colonna (ma nessuno raggiunge la compromissione della terza colonna) l'indice è **almeno 2**

Diventa 3 se si associano uno o più dei seguenti segni, in genere indicatori di disagio emodinamico:

- pallore associato a sudorazione fredda
- cianosi diffusa
- sincopi recidivanti o impossibilità a mantenere la posizione eretta a causa della tendenza a svenire
- stridore laringeo o altri segni di ostruzione parziale delle vie aeree

Il segno clinico che ha portato a codificare "3" un soggetto con parametri vitali border-line, va indicato esplicitamente sulla scheda di

Quando anche solo un parametro vitale rientra nel range indicato in questa terza colonna le funzioni vitali vanno considerate compromesse indipendentemente dalla associazione con altri segni o sintomi: l'indice sarà **3**

Se respiro spontaneo e/o circolo sono assenti codifica

3 AVANZATO

In caso di soggetto trovato deceduto codifica

4

NOTE: A) un GCS < 14 presente, invariato, da almeno 24 ore non è sufficiente per codificare "3"

B) in presenza di afasia, disartria o altri impedimenti alla fonazione il GCS non è attendibile; il paziente può essere perfettamente lucido ma avere un punteggio basso solo per la componente "linguaggio"; in questi casi un GCS < 14 non è sufficiente per codificare "3"

C) in caso di ipossia sostanzialmente invariata (o addirittura migliore) rispetto a controlli precedenti (desumibili da documentazione clinica o da anamnesi) una SaO₂ < 90% non è sufficiente per codificare "3"

D) se sospetti che tachipnea o tachicardia siano dovute ad emotività, paura, o altri fattori psicologici, ricontra la frequenza respiratoria e cardiaca dopo avere tranquillizzato verbalmente il paziente; assegna l'indice di gravità in base ai dati del controllo, ignorando quelli della prima rilevazione

E) in caso di fibrillazione atriale senza segni di disagio emodinamico prendi in considerazione la frequenza ventricolare media (e non quella di picco)

F) escluso i soggetti che documentano di avere in genere la sistolica < 90 mmHg

Indice di valutazione sanitaria nel bambino (meno di 12 anni)

Età	FR	FC	PA sistolica	FR	FC	PA sistolica	FR	FC	PA sistolica
0 – 1 mesi	< 30 > 60	< 100 > 180	< 60	51 - 60	161 - 180	60 –69 oppure > 100	30 - 50	100 -160	70 -100
2 -12 mesi	< 25 > 50	< 80 > 160	< 70	41 -50	141 - 160	70 –79 oppure > 120	25 - 40	80 - 140	80 -120
1 - 2 anni	< 20 > 40	< 70 > 140	< 75	31 - 40	70 - 80 131 - 140	75 –84 oppure > 120	20 -30	81 -130	85 - 120
3 - 6 anni	< 16 > 30	< 60 > 130	< 80	26 -30	60 - 70 121 - 130	80 – 89 oppure > 125	16 - 25	71 -120	90 - 125
7 - 11 anni	< 12 > 30	< 60 > 110	< 90	21 - 30	101 - 110	90 – 94 oppure > 135	12 -20	60 - 100	95 - 135
	SatO2 < 90 GCS < 13 P.A. Sistolica > 140 con sintomi			SatO2: 90 - 93 GCS = 13			SatO2 > 93 GCS > 13		

A	Ostruzione; stridore inspiratorio, disfonia. Edema mucosa orale e/o lingua	Vie aeree pervie , ma la patologia riscontrata può interessarle	Vie aeree pervie senza possibilità di interessamento da parte della patologia
B	Apnea > 10 sec; dispnea con uso muscolatura accessoria e/o alitamento pinne nasali; ridotta espansione toracica; rantoli, fischi o sibili	Il respiro non è normale, ma non presenta i criteri della colonna precedente	Respiro normale
C	Pallore e sudorazione fredda; cianosi o marezze. Riempimento capillare > 3 sec. Sanguinamento associato a coagulopatie oppure non tamponabile Segni di disidratazione grave	Pallore senza sudorazione fredda Riempimento capillare fra 2 e 3 sec Sanguinamenti tamponabili Segni di disidratazione moderata (secchezza delle mucose)	Cute di colorito e temperatura normale. Mucose umidificate Riempimento capillare < 2 sec Sanguinamenti cessati
D	Grave agitazione o letargia; ipotonia muscolare o paralisi; convulsioni in atto;	Pianto inconsolabile Convulsioni terminate	Il pianto, se presente è consolabile
E	Febbre (> 37,5) + petecchie Febbre > 40° (> 38,5° se età < 3 mesi) Politraumi; ustioni > 9%; intossicazioni gravi	Stato febbrile. Vomito ripetuto. Assunzione sostanze non altamente tossiche Concomitanza di malattie croniche debilitanti	

In caso di decesso codice

4

Se vi è anche uno solo dei criteri di questa colonna, la valutazione sanitaria sarà:

3

Se vi è anche uno solo dei criteri di questa colonna, ma nessuno della colonna precedente la valutazione sanitaria sarà:

2

In assenza di criteri delle colonne precedenti la valutazione sanitaria sarà:
1 se si prevede che rimarranno assenti
2 se non escludiamo che compaiano

Se non necessita intervento, codifica

0



"Segni e sintomi di patologie mediche in funzione di una corretta gestione del soccorso."





Segni e Sintomi



Heart Attack Warning Signs

Segni e Sintomi di un Attacco di Cuore.

- ⌘ **Dolore Toracico.** Molti attacchi di cuore portano un dolore al centro del petto che può durare pochi minuti, o che se ne va e torna.
- ⌘ **Disagi in altre zone della parte superiore del corpo.** I sintomi possono includere dolore in una o in entrambe le braccia, alla schiena, al collo, alla mandibola o allo stomaco.
- ⌘ **Respiro Corto,** con o senza dolore toracico.
- ⌘ **Altri segnali:** sono la sudorazione fredda, nausea o vertigini.

NON ANNULLARE LA MEDICALIZZATA !





Segni e Sintomi

ICTUS

Segni e Sintomi di ictus cerebrale.

- ⌘ **AFASIA:** è la perdita della capacità di produrre o comprendere il linguaggio;
- ⌘ **DISARTRIA:** difficoltà nell'articolare le parole;
- ⌘ **EMIPLEGIA:** è un deficit motorio che interessa un lato sezionale del corpo;
- ⌘ **PARESTESIA:** è un'alterazione della sensibilità degli arti o di altre parti del corpo;



Segni e Sintomi

ICTUS

Segni e Sintomi di ictus cerebrale.

- ⌘ **VERTIGINE:** è una distorsione della percezione sensoriale dell'individuo;
- ⌘ **PERDITA DI EQUILIBRIO:** è la condizione in cui un corpo fermo, (per un compensarsi di azioni che su di esso si esercitano), mantiene un determinato assetto;
- ⌘ **PERDITA DI COORDINAZIONE DEI MOVIMENTI.**

Si manifesta generalmente, con un'improvvisa debolezza ad un arto o indolenzimento di un lato del volto.

NON ANNULLARE LA MEDICALIZZATA !





118 PESARO SOCCORSO

Check list per la valutazione preospedaliera della indicazione al trasporto ad ospedale in grado di praticare la trombolisi dell'ictus



La presente check list va applicata dal personale sanitario del 118 ai soggetti che presentano nuova insorgenza di **almeno uno dei criteri della Cincinnati Prehospital Stroke Scale** (nota1) nelle località in cui è attivo un programma di trombolisi dell'ictus

Ha lo scopo di individuare i soggetti che devono essere trasportati in emergenza all'ospedale in grado di praticare la trombolisi: altri strumenti di verifica più completi verranno utilizzati presso tale ospedale prima di stabilire definitivamente l'indicazione alla trombolisi

L'indicazione al trasporto in emergenza all'ospedale in grado di praticare la trombolisi è presente se per TUTTI i criteri la risposta è stata NO.

Se invece si riscontra anche un solo "SI" viene esclusa la necessità di trasportare in urgenza ad ospedale in grado di effettuare trombolisi

Cognome e nome paziente

Data intervento Ora intervento

Sigla ambulanza POTES Num. scheda.....



	SI	NO
Stimato di arrivo all'ospedale che pratica trombolisi SUPERIORE a 2 ore dall'inizio dei sintomi ? (note 2 e 3)		
Età inferiore a 18 anni o superiore a 80 anni?		
Rapido miglioramento dei sintomi neurologici ?		
Crisi convulsiva all'insorgenza dell'attuale ictus?		
Precedente ictus negli ultimi 3 mesi oppure precedente ictus in soggetto diabetico?		
Storia di patologie del SNC: (neoplasia, aneurisma, intervento chirurgico cerebrale o midollare, precedenti emorragie cerebrali)?		
Gravi malattie concomitanti: pancreatite acuta, endocardite batterica, pericardite; grave epatopatia; neoplasia con aumentato rischio di sanguinamento?		
Anamnesi di sanguinamento grave recente o in atto ?		
Patologie a rischio emorragico: varici esofagee; ulcera gastroenterica documentata negli ultimi 3 mesi?		
Intervento chirurgico importante o trauma grave negli ultimi 3 mesi ?		
Glicemia inferiore a 50 oppure superiore a 400 ? (valori espressi in mg/100ml)		
Iperensione arteriosa grave non controllata (PAS>185mmHg o PAD>110mmHg dopo eventuale trattamento)?		
Retinopatia emorragica?		
Recenti (<10gg) massaggio cardiaco esterno, parto, puntura di un vaso non comprimibile ?		

Nota 1: La Cincinnati Prehospital Stroke Scale è riportata sulla scheda intervento "disturbi neurologici focali" a disposizione degli equipaggi di soccorso.

Nota 2: l'inizio dei sintomi corrisponde a "l'ultima volta che l'assistito era sicuramente senza sintomi". Se i sintomi sono stati rilevati al risveglio, l'inizio dei sintomi è il momento in cui è andato a letto.

Nota 3: L'attuale indicazione in Italia prevede di praticare trombolisi entro 3 ore dall'inizio dei sintomi. Il termine di due ore per l'arrivo in ospedale dipende dal fatto che le procedure ospedaliere (TC, consulenza, esami ecc..) da svolgere prima della trombolisi richiederanno in media circa 1 ora.





118 REGIONE MARCHE
POSTAZIONE DI PESARO
SCHEDA INTERVENTO
PER DISTURBI NEUROLOGICI FOCALI



Numero scheda _____
Data _____
Ora arrivo _____
Sigla ambulanza _____
Equipaggio alfa beta gamma

Località Comune

Via Num. civico (o riferimento)

Cognome Nome Sesso M F

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita Residenza (o nazione estera)

Codice fiscale/TEAM Codice invio Percorso dispatch

Precedenti patologici neurologici neoplastici ematologici cardiaci respiratori ipertensione diabete
 altro

Cincinnati Prehospital Stroke Scale

MIMICA FACIALE Normale: i due lati del volto si muovono bene allo stesso modo
invita il paziente a mostrare i denti o sorridere Anormale: un lato del volto non si muove bene come l'altro

SPOSTAMENTO BRACCIA Normale: le braccia si muovono allo stesso modo (o non si muovono entrambe)
il paziente chiude gli occhi e distende le braccia Anormale: un braccio non si muove o cade giù rispetto all'altro

LINGUAGGIO Normale: il paziente usa le parole correttamente, senza intoppi
fare ripetere al paziente una frase breve ma non semplice Anormale: inceppa sulle parole, usa parole inappropriate o non riesce a parlare

Insorgenza data ____/____/____ ora ____/____

cefalea perdita di coscienza vomito trauma cranico
 anticoagulanti altra terapia

Eleggibilità trombolisi (per personale sanitario)	SI	NO
Tempo stimato di arrivo all'ospedale che pratica trombolisi SUPERIORE a 2 ore dall'inizio dei sintomi?		
Età inferiore a 18 anni o superiore a 80 anni?		
Rapido miglioramento dei sintomi neurologici?		
Crisi convulsiva all'insorgenza dell'attuale ictus?		
Precedente ictus negli ultimi 3 mesi oppure precedente ictus in soggetto diabetico?		
Storia di patologie del SNC: (neoplasia, aneurisma, intervento chirurgico cerebrale o midollare, precedenti emorragie cerebrali)?		
Gravi malattie concomitanti: pancreatite acuta, endocardite batterica, pericardite; grave epatopatia; neoplasia con rischio di sanguinamento?		
Anamnesi di sanguinamento grave recente o in atto?		
Patologie a rischio emorragico: varici esofagee; ulcera gastroenterica documentata negli ultimi 3 mesi?		
Intervento chirurgico importante o trauma grave negli ultimi 3 mesi?		
Glicemia inferiore a 50 oppure superiore a 400?		
Iperensione arteriosa grave non controllata (PAS>165mmHg o PAD>110mmHg dopo eventuale trattamento)?		
Retinopatia emorragica?		
Recenti (<10gg) massaggio cardiaco esterno, parto, puntura di un vaso non comprimibile?		

Obiettività

Parametri vitali	ore	ore	ore
Glasgow coma scale			
Freq. respiratoria			
Saturazione ossigeno			
Frequenza cardiaca	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A
P.A. braccio destro			
P.A. braccio sinistro			

	Normale		[lato]	
Vie aeree	pervie	ostruite		occluse
Espansione toracica	normale	ridotta	Dx Sx	assente
Respiro	normale	rantoli	sibili	ortopnea
Polso radiale	normale	debole	Dx Sx	assente
Cute	normale	pallore	cianosi	diaforesi
Stato coscienza	normale	disonoriato	agitato	rallentato
Deficit sensoriali	No	arto superiore	Dx Sx	arto infer.
Disturbi sensibilità	no	arto superiore	Dx Sx	arto infer.
Pupille	normali	miosi	Dx Sx	midriasi
Rigidità nucale	no			si
Crisi epilettiche	no	focali		generalizzate
Segni trauma capo	no		Dx Sx	si

Dettaglio obiettività:

Accertamenti

glicemia mg/dl

monitor. fibrillazione atriale NO SI

ECG

temperatura °C

altro

Provvedimenti

VIE AEREE

apertura manuale

cannula orofaringea

cannula rinfaringea

aspirazione

rimozione corpo estraneo

altri provvedimenti

VENTILAZIONE

ossigeno l/min

maschera con reservoir

"occhiali", "Venturi"

Ambu; "va e vieni"

CIRCOLO

agocannula n

prelievo ematico

ALTRE NECESSITA'

protezione termica

SPOSTAMENTO
(deambulante)

sedia cardiopatici

telo con maniglie

barella cucchiaio

barella autocaricante

Complicanze

nessuna

dolore

linea venosa persa

stravasamento infusione

vomito

agitazione

reazione allergica

shock - ipotensione

convulsioni

decesso

altro

Sintesi diagnostica/note

.....

.....

.....

Valutazione sanitaria

0 1 2 3 3 av. 4

Codice finale B V G R R av. N Sirene A R

Patologia riscontrata

Esito intervento

Rifiuta intervento Rifiuta trasporto

Non trasportato

Trasportato a

Equipaggio

Firma

Km inizio Km fine



"Segni e sintomi in eventi traumatici in funzione di una corretta gestione del soccorso."



Trauma Maggiore nelle Marche

Criteri clinici

- A. Glasgow Coma Scale < 13
- B. PA < 90 mm Hg (adulto)
- C. Frequenza Respiratoria < 10 o > 29
- D. RTS < 11 o PTS < 9
- E. Ferite penetranti a torace, addome, collo, pelvi
- F. Trauma da schiacciamento torace/addome
- G. Lembo mobile costale
- H. Frattura di 2 o più ossa lunghe prossimali
- I. Trauma associato ad ustioni di 2°-3° grado > 15% superficie corporea
- J. Ustioni 2°-3° grado > 30% superficie corporea
- K. Ustioni di qualsiasi grado interessanti le vie aeree
- L. Trauma al rachide con deficit neurologico (anche sospetto)
- M. Amputazione prossimale

Criteri situazionali

- N. Caduta da > 5 metri
- O. Pedone urtato da veicolo e proiettato a > 3 m. dal punto d'impatto
- P. Arrotamento
- Q. Deformazione lamiera veicolo > 50 cm.
- R. Intrusione lamiera nell'abitacolo > 30 cm. (lato paziente) o 40 cm. (lato opposto)
- S. Precipitazione veicolo > 3 m.
- T. Cappottamento autoveicolo
- U. Occupante del veicolo proiettato all'esterno
- V. Ciclista/motociclista proiettato a > 3 m. dal punto d'impatto
- W. Presenza di soggetto deceduto per l'impatto nello stesso veicolo
- X. Necessità di estricazione prolungata

CRITERI CLINICI DI CENTRALIZZAZIONE DAL TERRITORIO PER L'ADULTO

Trauma cranico
<ul style="list-style-type: none">• GCS < 9 o perdita di 2 o più punti tra due valutazioni;• trauma penetrante;
Trauma volto o collo
<ul style="list-style-type: none">• trauma penetrante con lesioni vascolari maggiori e/o vie aeree a rischio;
Trauma vertebrale
<ul style="list-style-type: none">• trauma midollare (paraparesi/plegia o tetraparesi/plegia);
Trauma toracico
<ul style="list-style-type: none">• trauma penetrante ;• trauma chiuso con stato di shock (escluso PNX iperteso).
Trauma pelvico
<ul style="list-style-type: none">• trauma penetrante ;• trauma chiuso con stato di shock,
Trauma degli arti
<ul style="list-style-type: none">• lesione vascolare altamente probabile o grave compromissione dei tessuti molli;• amputazione suscettibile di reimpianto;
Politrauma
<ul style="list-style-type: none">• RTS < 11.

In caso di instabilità emodinamica (classe di shock 3 o 4) l'indicazione alla centralizzazione dal territorio al DEA di 2° livello si pone se il tempo di trasporto al DEA di 1° livello non è sensibilmente minore.

CRITERI CLINICI DI CENTRALIZZAZIONE DAL TERRITORIO PER IL BAMBINO

Trauma cranico
<ul style="list-style-type: none">• GCS < 9 o perdita di 2 o più punti tra due valutazioni;• trauma penetrante;
Trauma volto o collo
<ul style="list-style-type: none">• trauma penetrante con lesioni vascolari maggiori e/o vie aeree a rischio;
Trauma vertebrale
<ul style="list-style-type: none">• trauma midollare (paraparesi/plegia o tetraparesi/plegia);
Trauma toracico
<ul style="list-style-type: none">• trauma penetrante ;• trauma chiuso con stato di shock (escluso PNX iperteso);
Trauma pelvico
<ul style="list-style-type: none">• trauma penetrante ;• trauma chiuso con stato di shock;
Trauma degli arti
<ul style="list-style-type: none">• lesione vascolare altamente probabile o grave compromissione dei tessuti molli;• amputazione suscettibile di reimpianto;
Politrauma
<ul style="list-style-type: none">• PTS < 10 ;• politrauma e/o presenza di criteri dinamici se al di sotto del 1° anno di vita

In attesa della attivazione della TAC all'ospedale Salesi, il bambino viene **centralizzato all'ospedale di Torrette**. In tutti i casi, prima della centralizzazione, la Centrale Operativa 118 provvederà a **preallertare il team del Salesi** (rianimatore e chirurgo pediatrici).

SIAT: risorse ospedaliere attivabili

Pazienti stabili

Trauma team B

- medico di Pronto Soccorso
- medico Radiologo
- infermiere di Pronto Soccorso
- tecnico radiologia
- ausiliario DEA

Pazienti con instabilità emodinamica e/o respiratoria e/o neurologica o già intubati

Trauma team A

- medico di Pronto Soccorso
- medico Radiologo
- infermiere di Pronto Soccorso
- tecnico radiologia
- ausiliario DEA
- medico anestesista/rianimatore
- chirurgo generale
- infermiere emergenza/rianimaz.

Il paziente è considerato instabile quando una delle funzioni vitali (neurologica, respiratoria, cardiologica) necessita di [osservazione e/o] supporto continuo per il mantenimento di una buona autonomia

Trauma Maggiore a Pesaro

	CRITERI CLINICI	Rianimazione	Trasfusione	Sala Operatoria	Tecnico Rx	Tecnico TAC
A (Alpha)	Glasgow Coma Scale < 13	SI			SI	SI
B (Bravo)	P.A. < 90 mm Hg (adulto)	SI	SI	SI	SI	
C (Charlie)	Frequenza respiratoria < 10 o > 30	SI	SI	SI	SI	SI
D (Delta)	Trauma Score Adulto < 11; Pediatrico < 9	SI	SI	SI	SI	SI
E (Eco)	Ferite penetranti a torace, addome, collo, pelvi	SI	SI	SI	SI	
F (Fox-Trot)	Trauma da schiacciamento torace e/o addome	SI	SI	SI	SI	SI
G (Golf)	Flail Chest (volet costale)	SI	SI		SI	SI
H (Hotel)	Frattura di due o più ossa lunghe				SI	
I (India)	Trauma associato ad ustioni di 2°- 3° grado > 15% superficie	SI	SI		SI	
J (Juliet)	Ustioni 2°-3° grado interessanti > 30% della superficie corporea	SI				
K (Kilo)	Ustioni di qualsiasi grado interessanti le vie aeree	SI			SI	
L (Lima)	Trauma rachide con deficit neurologici	SI			SI	SI
M (Mike)	Amputazione prossimale di un arto					

Trauma Maggiore a Pesaro

	CRITERI SITUAZIONALI	Rianimazione	Trasfusionale	Sala Operatoria	Tecnico Rx	Tecnico TAC
N November	Caduta da un'altezza > 5 metri	SI	SI	SI	SI	SI
O (Oscar)	Pedone urtato da veicolo e proiettato a più di 3 metri dal punto di impatto	SI	SI	SI	SI	SI
P (Papa)	Arrotamento	SI	SI	SI	SI	SI
Q (Quebec)	Deformazione delle lamiere veicolo > di 50 cm	SI	SI	SI	SI	
R (Romeo)	Intrusione lamiere nell'abitacolo > 30cm (lato paziente) o 40 cm (lato opposto)	SI	SI	SI	SI	
S (Sierra)	Veicolo in scarpata più profonda di 3 m	SI	SI	SI	SI	
T (Tango)	Capottamento autoveicolo	SI	SI	SI	SI	
U (Uniform)	Occupante del veicolo proiettato all'esterno	SI	SI	SI	SI	SI
V (Victor)	Conducente di mezzo a due ruote, proiettato a più di tre metri dal punto di impatto con autoveicolo.	SI	SI	SI	SI	SI
W (Whiskie)	Presenza di soggetto deceduto per l'impatto nello stesso veicolo	SI	SI	SI	SI	
X (X-Ray)	Necessità di estricazione prolungata (> 20 minuti)	SI	SI	SI	SI	

I Codici di Rientro



Pesaro-mille, la Diciotto-Venticinque rientra:

C19 k, 1 GIALLO

Cambio.

Vediamo in dettaglio cosa significa:



I Codici di Rientro



Classificazione della patologia riscontrata:

C19

C01	Traumatica
C02	Cardiocircolatoria
C03	Respiratoria
C04	Neurologica
C05	Psichiatrica
C06	Neoplastica
C07	Tossicologica
C08	Metabolica
C09	Gastroenterologica
C10	Urologica
C11	Oculistica
C12	Otorinolaringoiatrica
C13	Dermatologica
C14	Ostetrico-ginecologica
C15	Infettiva
C19	Altra patologia
C20	Patologia non identificata

Classificazione del luogo dell'evento riscontrato:

K

S	Strada
P	Uffici ed esercizi Pubblici
Y	Impianti sportivi
K	Casa
L	Impianti Lavorativi
Q	Scuole
Z	Altro

I Codici di Rientro



Indice della Valutazione Sanitaria riscontrata:

1

Valutazione Sanitaria:

il Decreto la definisce come "valutazione sanitaria dell'assistito, effettuata dagli operatori del mezzo di soccorso". Ciò non spiega tantissimo, ma indica almeno che:

- non occorre una particolare qualifica per fornire tale valutazione; qualsiasi "operatore" deve poterlo fare
- non è effettuata dal personale di centrale (su comunicazione dei parametri) ma dagli operatori del Mezzo di Soccorso.

Confrontando poi tale valutazione con la "criticità finale" si può dedurre che si riferisca allo stato iniziale (come una foto) dell'assistito. I valori possibili sono:

- I0 = Soggetto che non necessita di intervento;
- I1 = Soggetto affetto da forma morbosa di grado lieve;
- I2 = Soggetto affetto da forma morbosa grave;
- I3 = Soggetto con compromissione delle funzioni vitali;
- I3 Avanzato = Soggetto con Respiro e/o Polso Assente;
- I4 = Deceduto.

Questo Codice NON E' modificabile!



I Codici di Rientro



Codice di Criticità Finale riscontrato:

Giallo

Criticità Finale:

In base al Decreto *“indica la criticità dello stato dell’assistito al momento in cui finisce la presa in carico da parte degli operatori del 118. Il campo deve, pertanto, essere compilato anche nei casi in cui non viene effettuato il trasporto al Pronto Soccorso”*.

Possibili valori, secondo protocollo Pesaro Soccorso:

B = Bianco, Non critico;

V = Verde, Poco critico;

G = Giallo, Mediamente critico = che verrà visto appena possibile;

R = Rosso, Molto critico = direttamente in sala emergenza con medico che vi aspetta;

Rav = Rosso Avanzato, Rianimazione Cardio Polmonare in corso;

N = Nero, Deceduto.

Questo Codice E' modificabile.

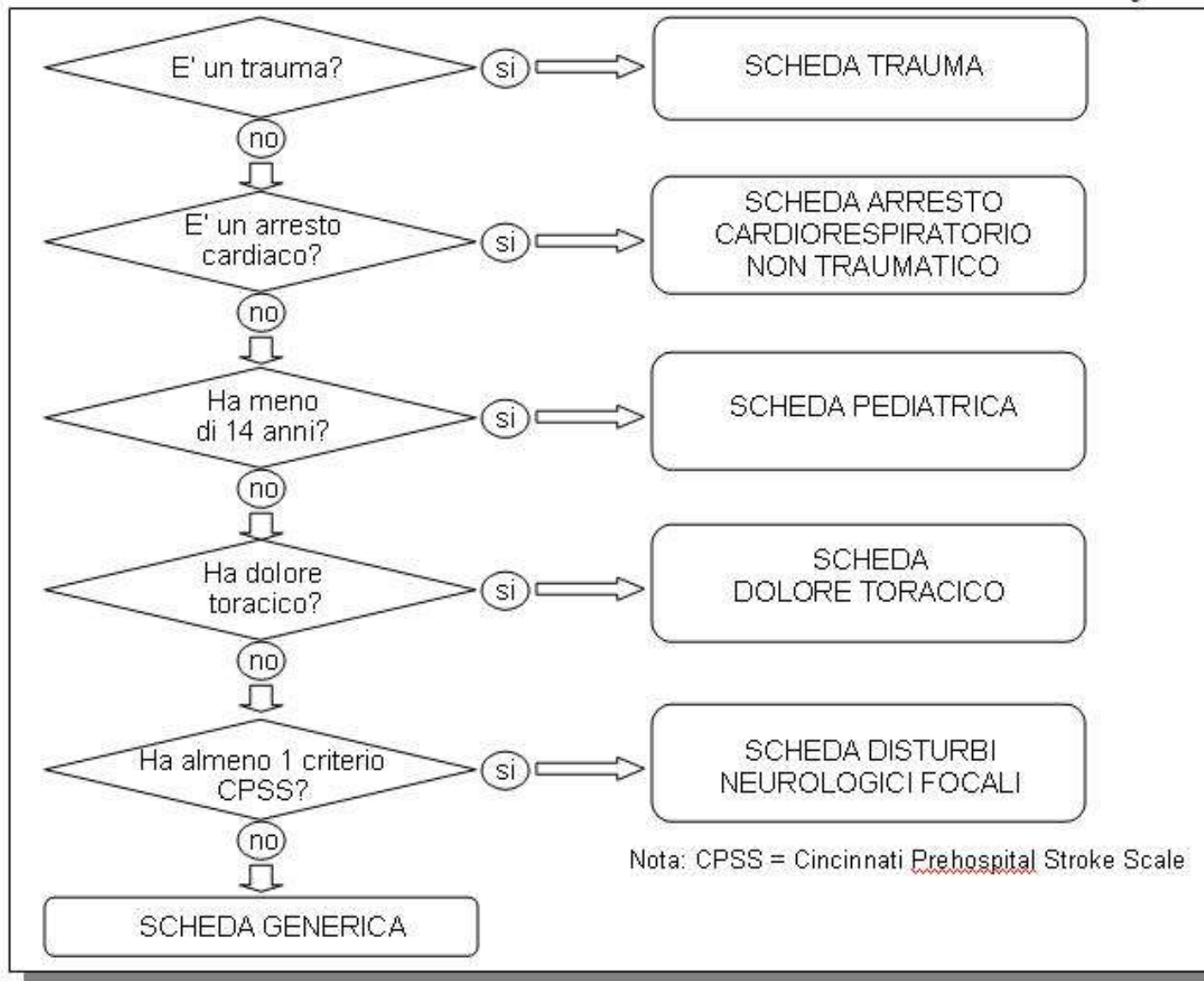


Flow-Chart scelta scheda trasporto

SCHEDE INTERVENTO

Lo sviluppo di specifici profili d'assistenza e l'introduzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) hanno moltiplicato i dati da raccogliere relativamente agli interventi.

Poiché la scheda deve rimanere su un foglio formato A4 (per poter essere fotocopiata e faxata) e dato che in realtà alcune informazioni sono rilevanti solo in presenza di certe patologie, si è deciso di produrre schede diverse in relazione alla condizione dell'assistito. Il criterio di scelta della scheda da utilizzare è il seguente:



Regole per la scelta scheda trasporto

Rimane inteso che:

- l'originale della scheda intervento in genere viene conservato presso la Potes
- una copia della scheda intervento deve seguire l'assistito: gli va consegnata se viene dimesso dal Pronto Soccorso (istruire in tal senso il personale ; in caso di ricovero viene allegata alla documentazione del Pronto Soccorso per il Reparto e deve essere inserita in cartella
- una copia della scheda intervento deve essere trasmessa alla Centrale 118 competente per territorio, con le modalità definite da ogni singola Centrale
- il Pronto Soccorso di destinazione può chiedere di conservare una copia della scheda intervento
- in caso di decesso è possibile usare solo la scheda "constatazione di decesso" quando non siano stati praticati provvedimenti significativi (trovato cadavere); va utilizzata la scheda trauma o la scheda arresto cardiorespiratorio (in caso di morti non traumatiche) se sono stati effettuati trattamenti rilevanti; in questi casi, benché la scheda specifica contenga già i dati sufficienti a constatare il decesso, è prassi compilare anche la scheda "constatazione di decesso" per facilitare gli adempimenti burocratici
- quando l'assistito non viene trasportato in Pronto Soccorso deve ricevere una copia della scheda intervento; se non è disponibile una fotocopiatrice, utilizzare carta carbone. In questi casi deve rimanere all'assistito anche copia degli accertamenti utili al suo curante; quando lasciamo a domicilio un soggetto cui è stato effettuato un tracciato: o stampiamo una seconda copia dalla memoria dell'elettrocardiografo, o tagliamo in due spezzoni tutte le serie di tre derivazioni, o ripetiamo il tracciato; possono fare eccezione i casi di decesso per i quali il tracciato va conservato in Potes e sulla scheda intervento si annota solo il ritmo rilevato.

Es. Scheda di Rientro



118 PESARO SOCCORSO
- POSTAZIONE DI PESARO -
SCHEDA INTERVENTO PER TRAUMA



Numero scheda
Data
Ora arrivo
Sigla ambulanza
Equipaggio <input type="checkbox"/> alfa <input type="checkbox"/> beta <input type="checkbox"/> gamma

Località Via N. civico/riferimento

Comune Luogo trauma (se diverso)

Cognome Nome Data di nascita Sesso M F

Residenza (nazionalità) Data evento: il ___ / ___ alle ___ / ___

Codice univoco Codice TEAM

Descrizione sintetica stato del traumatizzato

.....

.....

.....

Denuncia consegnata a: In P. Socc.



Es. di Scheda di Rientro



MECCANISMO TRAUMA

a) Incidente stradale Totale mezzi coinvolti

Veicolo utilizzato

Collisione con Posizione nel veicolo AS AC AD PS PC PD

Protezione: Cinture Casco in sede Airbag già tolto

Tipo impatto subito dal paziente: Tamponamento Rotazione Frontale "in alto e sopra" "in basso e sotto" Distato Dx Sx Arrotamento

Capottamento Proiezione Distacco Altro.....

Tempo estricazione 0 1 - 10 10 - 20 > 20

b) Caduta: altezza in metri..... caduto da.....
superficie di impatto.....

c) Altro meccanismo traumatico: malore primitivo schiacciamento

urtato/colpito da..... esplosione annegamento soffocamento esposizione ad agenti lesivi altro.....

8) CAUSE mansioni impiego attività domestiche trasporto studio sport svago/hobby funzioni fisiologiche lesioni volontarie altro.....

LESIONI APPARENTI	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Testa	Viso	Collo	Torace	Addome	Rachide	Braccio	Gamba	Esterno (altro)
emorragia									
amputazione									
ferita									
sospetta frattura									
contusione									
ustione									
lesioni elettriche									
lesioni da freddo									
lesioni agli occhi									
trauma									
altro									

Patologie/terapie preesistenti

TRATTAMENTO

a) Apertura vie aeree Spontanea Manuale.....

Cannula orofaringea Cannula rinofaringea Tubo tracheale n.....

Aspirazione Tubo combinato Cricotirotomia Altro.....

b) Ventilazione Ossigeno l./m..... AMBU Respiratore

Detensione PNX Drenaggio Occlusione su 3 lati Altro

c) Circolo Emostasi Num. accessi venosi Calibro.....

Fisiologica ml..... Ringer ml.....

Spremisacca Scaldafuidi Altro: ml

d) Farmaci

e) Estrazione Estricatore Spinale "Pitonessa" Rautek

f) Sollevamento/immobilizzazione Collare Splint Spinale

Cuochiaio Materasso a depressione Sedia

g) Altri provvedimenti protez. termica ghiaccio medicazione



Es. di Scheda di Rientro



9) OBIETTIVITA' GENERALE

a) Parametri vitali	Ora ...	Ora ...	Ora ...	
Glasgow coma scale				E V M
Frequenza respiratoria				10-29 6-9 >29 1-5
Saturazione di ossigeno				
Frequenza cardiaca				<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A
Pressione sistolica				
Pressione diastolica				

b) Altra obiettività

	Normale		Lato	
Vie aeree	pervie	ostruite		occluse
Ventilazione	normale	ridotta	Dx Sx	assente
Riempim. capillare	normale	ridotto		assente
Turgore giugulare	assente		Dx Sx	presente
Emorragia in atto	no	tamponata		si
Deficit stenici	no		Dx Sx	si
Disturbi sensibilità	no		Dx Sx	si
Pupille	normali	midriasi	Dx Sx	bilater. fissa
Amnesia	no	Retrogr.	Anterogr.	Retroantero
Cute	normale	pallore	cianosi	diaforesi

c) Come è stato trovato supino sul fianco dx sx
 prono seduto in piedi altro.....

COMPLICANZE

a) Nessuna b)

NOTE

Sul posto Sigla radio 112 113 115 Municipale Elisoc.

VALUTAZIONE Valut. sanitaria 0 1 2 3 3 av. 4

Codice finale B V G R R av. N Sirene A R

Criterio Trauma Maggiore

Risorse attivate TTA TTB altro:

ESITO INTERVENTO

Rifiuta intervento Rifiuta trasporto

no trasporto

trasportato a

Firma

Equipaggio





QUANDO INTERVERRETE DA SOLI, (SENZA APPOGGIO):

Se la situazione è più grave di quello che appariva alla chiamata, non esitate a richiedere la medicalizzata in appoggio

Particolare cura nel compilare la scheda di intervento
(ce ne sono 6)

Quanto l'assistito è critico, è obbligatorio portarlo verso il medico più vicino: Ospedale o Medicalizzata/Elicottero in appoggio. (In caso di dubbio consultare sempre la Centrale).

Ricordare l'obbligo di informativa all'Autorità Giudiziaria in caso di reati perseguibili d'ufficio.



QUANDO AVRETE IN APPOGGIO UNA MEDICALIZZATA



Se arrivate prima, fornirete i provvedimenti che siete in grado di effettuare. Se vi rendete conto di poter gestire la situazione, potete senza timore, “**annullare**” l’intervento alla medicalizzata.

Si tratta di una facoltà accordata da tempo, sia fra Centrale ed Associazioni di Volontariato sia fra Centrale ed equipaggi Beta. Rappresenta un riconoscimento della competenza del personale, ma anche una responsabilità!

ECCEZIONE: non è consentito annullare la medicalizzata in presenza di un solo criterio SIAT-Trauma Maggiore.

Rimane inteso che il personale non è obbligato ad annullare la medicalizzata, soprattutto quando non se la sente, e/o se non è sicuro dello stato del paziente. Confrontarsi con la Centrale.



Centri ospedalieri, trauma center, centri ustioni, camere iperbariche, centri antiveneni, neuroCH, UTIC - loro ubicazioni e modalità di accesso

Docente Fabio Pulejo

Dal 1991, Volontario del Soccorso: Istruttore di Pronto Soccorso Trasporto Infermi;

Dal 1997, Operatore Tecnico Gestione Soccorso c/o Centrale Operativa 118;

Studente in Infermieristica.

pulejo@gmail.com

347-2624356



Fossombrone, Lu. 23 Settembre 2013



Centri Ospedalieri:

Pesaro, Fano, Urbino (DEA I Livello)

Laboratorio di Analisi;

Diagnostica per Immagini;

Servizio Anestesia;

Reparto Chirurgia;

Reparto Malattie Infettive

Reparto Medicina Reparto Oculistico

Reparto Ortopedia

Reparto Urologia

Reparto Cardiologia

Reparto Neurologia

Reparto Psichiatria

Reparto Ginecologia

Reparto Otorinolaringoiatria





Punti di Primo Intervento e Case della Salute: Fossombrone, Cagli, Pergola, Sassocorvaro.

- ⌘ Punto di Primo Intervento;
- ⌘ A volte senza posti letto acuti;
- ⌘ Radiologia;
- ⌘ Reparto di Medicina;





Trauma Center: Ancona, (DEA II Livello)

- ⌘ Cardiochirurgia;
- ⌘ Salesi;
- ⌘ Maxillofacciale;
- ⌘ Neurochirurgia;





Centro Grandi Ustionati:

Cesena.

Camera Iperbarica:

Ravenna h24. Fano diurno.

Centro Antiveleni:

Milano, Ospedale Niguarda Cà Granda.





Eccellenze Provinciali:

**Laboratorio Provinciale di Cardiologia Interventistica
(l'Emodinamica):**

Pesaro.

Neurochirurgia:

Pesaro.

Stroke Unit:

Fano.



Quiz finale!

- **Quanti sono i Parametri Vitali?**

CINQUE

- **Come evidenzi l'Indice di Valutazione Sanitaria? E la Criticità Finale?**

numero

colore

- **Come si identifica in fonia radio, la Centrale Operativa 118 di Pesaro? E in Selettiva?**

Pesaro-mille

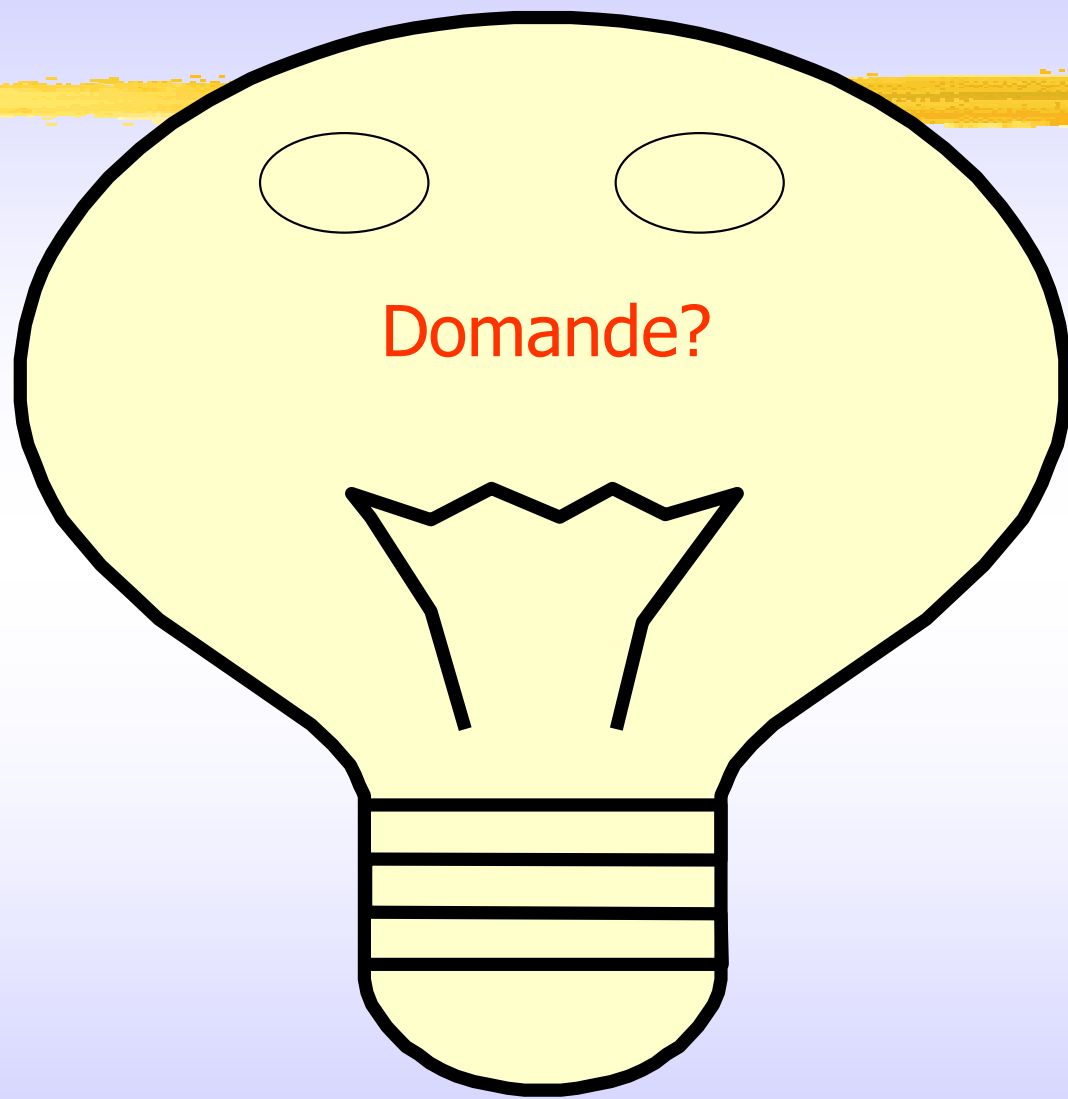
1 0 0 0

- **Ordina l'INDICE di VALUTAZIONE SANITARIA partendo dal più lieve fino a quello più grave.**

- **In quali casi è vietato annullare la medicalizzata?**

Trauma Maggiore. (Sconsigliato con 3 Rosso!)





Domande?

CONCLUSIONI

Cosa abbiamo imparato?

“Segni e sintomi di patologie mediche e traumatiche in funzione di una corretta gestione del soccorso.”

“Centri ospedalieri, trauma center, centri ustioni, camere iperbariche, centri antiveleni, neuroCH, UTIC
- loro ubicazioni e modalità di accesso.