

Il bambino che muore: bisogna dire la verità ?

Susan Dunlop

Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche, Volume 1 (2009), Numero 1, pag. 5-8.

Bambini e ragazzi che muoiono al termine di una malattia grave o dopo gravi incidenti spesso sono consapevoli della loro morte imminente. Il riconoscere questa consapevolezza e parlarne dipende dal bambino, dai genitori e dai professionisti coinvolti. Una revisione sul "dire la verità" da questi tre punti di vista rivela alcuni dei molti fattori che influenzano l'apertura, la comunicazione e la verità. Creare un ambiente sincero richiede lo sviluppo di competenze e attitudini dei professionisti, l'uso di evidenze scientifiche, una valutazione continua del bambino e dei bisogni di comunicazione della famiglia e il supporto per i membri del gruppo di cura multidisciplinare.

Valutazione di alcune medicazioni usate per gli accessi venosi periferici e per l'applicazione di crema anestetica locale

Rowan Needham, Eugen-Matthias Strehle.

Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche, Volume 1 (2009), Numero 1, pag. 9-11.

Obiettivo: Confrontare l'efficacia in campo pediatrico di quattro medicazioni in poliuretano prodotte da due differenti case farmaceutiche.

Metodo: Sono state applicate 78 medicazioni per assicurare l'applicazione o di creme anestetiche locali (62 casi) o cannule venose (16 casi). Ogni medicazione è stata valutata in merito alla facilità di applicazione, la saldezza e la facilità di rimozione, utilizzando un semplice sistema di punteggio.

Risultati: L'84% della medicazione Opsite flexigrid ed il 90% delle medicazioni Tegaderm per crema anestetica sono state ritenute di facile o molto facile applicazione. L'Opsite flexigrid è stata riconosciuta come la più salda, mentre la medicazione Tegaderm è stata la più semplice da rimuovere. Le medicazione Tegaderm per cannula è stata ritenuta più facile da applicare rispetto alla medicazione iv3000.

Conclusione: Tenendo conto dei costi, è stata riscontrata una differenza minima tra i due prodotti.

L'assistenza al bambino con malattia metabolica congenita

Mark Smith

Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche, Volume 1 (2009), Numero 1, pag. 12-17.

L'argomento principale di questo articolo è l'assistenza infermieristica al bambino con Malattia Metabolica Congenita (MMC) in fase acuta, tuttavia alcuni aspetti dell'assistenza qui menzionati possono essere applicati anche alla gestione infermieristica del bambino con MMC nelle fasi che seguono quella acuta. L'articolo fornisce anche informazioni circa la diagnosi e la classificazione delle MMC.

Il supporto spirituale al bambino e alla famiglia nelle cinque maggiori religioni del mondo

Anne Campbell

Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche, Volume 1 (2009), Numero 1, pag. 18-20.

Per poter erogare in modo efficace un'assistenza centrata sulla famiglia è molto importante offrire cure olistiche a coloro che hanno uno specifico credo religioso o particolari credenze spirituali. All'interno di setting di cura frenetici quali sono i nostri ospedali, un aspetto importante dell'assistenza consiste nel rendere possibile la partecipazione ai riti religiosi se questo è richiesto. Gli Infermieri dei bambini che operano all'interno degli ospedali cooperano affinché siano offerti sia un ambiente confortevole che un adeguato supporto spirituale. Secondo i dati forniti dal censimento effettuato nel 2001 nel Regno Unito, le confessioni che hanno un più alto numero di fedeli, dopo quella cristiana, sono la religione musulmana, l'ebraismo, la religione indù, la religione sikh, ed il buddismo. Questo articolo considera i riti, i rituali e le cerimonie che sono reputati importanti in ognuna di queste religioni dopo la nascita o nel caso che un bambino sia malato o vicino alla morte

Affidabilità della scala Glamorgan per la valutazione del rischio di lesioni da compressione nel bambino

Jane Willock, Denis Anthony, Jim Richardson

Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche, Volume 1 (2009), Numero 1, pag. 21-25.

Identificare i bambini a rischio di sviluppare lesioni da compressione è di primaria importanza in modo da poter mettere in atto adeguate misure preventive. La maggior parte delle scale attualmente disponibili per la valutazione del rischio di lesioni da compressione sono state elaborate sulla base di dati clinici rilevati su adulti o modificando scale già in uso per gli adulti. La scala Glamorgan (Glamorgan Paediatric Pressure Ulcer Risk Assessment Scale) è invece l'unica che sia stata sviluppata partendo da dati clinici rilevati su bambini ricoverati.

Obiettivo: Stabilire se l'affidabilità inter-osservatore della Glamorgan Scale è adeguata per la pratica clinica.

Metodi: Quindici infermieri specialisti hanno partecipato allo studio. Sono stati selezionati in modo casuale tra lo staff assistenziale di sette reparti pediatrici in un grande ospedale pediatrico di terzo livello. Ai bambini ed ai loro genitori è stato chiesto il consenso a raccogliere dei dati anonimi per la valutazione del rischio di lesioni nel corso delle consuete attività assistenziali, utilizzando la scala Glamorgan. Le valutazioni del rischio sono state condotte separatamente da un infermiere e da uno dei ricercatori. Le coppie di valutazioni eseguite (una fatta dal ricercatore, una dall'infermiere) sono state analizzate statisticamente.

Risultati: Il punteggio relativo al rischio totale, varia tra 15 e 34 (da alto ad altissimo rischio). Si è riscontrato il 100% di accordo per tutti gli items eccetto per "nutrizione inadeguata".

Conclusione: Questi dati preliminari indicano che la scala Glamorgan è affidabile. Ulteriori studi sull'affidabilità e la validità di questo strumento dovranno essere condotti su gruppi specifici di pazienti pediatrici, in particolare comparando i risultati ottenuti da questo strumento con quelli riportati usando altre scale validate di valutazione del rischio di lesioni in ambito pediatrico.

[Quando il bambino dice “no”: l’esperienza delle infermiere di fronte al bambino che si oppone alle procedure](#)

Michael Lloyd, Gary Urquhart Law, Alison Heard, Biza Kroese.

Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche, Volume 1 (2009), Numero 1, pag. 26-30

L’essere sottoposti a procedure mediche invasive può essere una esperienza devastante per alcuni bambini e per i loro genitori. L’impatto sugli operatori che eseguono la procedura e che a volte devono contenere il bambino che si oppone, è un ambito di ricerca trascurato. L’angoscia e le strategie di coping dei bambini vengono influenzate da chi assiste alla procedura ed è quindi importante capire come gli infermieri reagiscono in queste situazioni.

Scopo: Indagare sulle esperienze degli infermieri coinvolti nello svolgimento di procedure invasive su bambini che le rifiutano.

Metodo: I partecipanti sono stati selezionati in modo casuale dalle liste del personale di un ospedale inglese. La raccolta dei dati è stata fatta tramite interviste qualitative non strutturate a dieci infermieri pediatrici e attraverso due focus group. Le teorie scaturite da ogni intervista sono state esaminate e validate con i partecipanti nelle interviste successive e infine nei focus group.

Risultati: Le esperienze più frequentemente riportate dai partecipanti sono state “sentirsi turbati” e “sentirsi sotto stress” dovuti ad alcuni aspetti della procedura, perchè il bambino o i suoi genitori erano agitati, oppure perchè la procedura non andava a buon fine. I protocolli disponibili riguardanti le modalità di svolgimento delle procedure a tutela del bambino -come ad esempio il limite al numero di tentativi per svolgere una procedura difficile- tutelano anche gli operatori poichè forniscono loro uno strumento per la gestione delle emozioni durante la procedura. Poter spiegare al bambino e ai suoi genitori la procedura e il perchè è necessaria, ottenere il loro consenso per determinate procedure come la contenzione e avere tempo per preparare in modo adeguato il bambino alla procedura, sono aspetti che contribuiscono a ridurre la possibilità di insuccesso nell’esecuzione della procedura stessa e quindi riducono il rischio che l’infermiere sia coinvolto emotivamente da un bambino angosciato.

Conclusione: Gli infermieri che assistono bambini che non vogliono sottoporsi a una procedura vivono emozioni negative che però, per una combinazione di fattori protettivi e di strategie di coping sono di breve durata. È necessaria ulteriore ricerca per capire l’esperienza dei medici e degli infermieri che lavorano al di fuori dell’ambiente pediatrico e che quindi possono non avere lo stesso supporto e protezione dei colleghi ospedalieri.

[L’infermiere della TIN e l’errore di terapia: studio trasversale sulle percezioni degli infermieri in tre neonatologie toscane](#)

Francesca Gori, Serena Gori

Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche, Volume 1 (2009), Numero 1, pag. 31-37

Il tema degli errori di terapia fa parte dell’ampia problematica del rischio clinico in sanità. La sua rilevanza è notevole soprattutto in ambito pediatrico, dove si calcola che un bambino è esposto tre volte più di un adulto ad errori terapeutici potenzialmente dannosi. In neonatologia, questo fenomeno si fa ancora più complesso e pericoloso, data la scarsa capacità del neonato ha nel tamponare l’evento avverso da farmaci. Garantire la sicurezza dei neonati è uno dei principali

impegni dell'infermiere che lavora in TIN, il quale deve attuare azioni di prevenzione che riducano o eliminino il rischio di errore nelle varie fasi del processo terapeutico, in un'ottica di collaborazione con le altre figure sanitarie, all'interno di un contesto non punitivo ma basato sull'apprendere dall'errore.

Obiettivi: Descrivere il clima culturale dell'ambiente sanitario in cui si inserisce il concetto del rischio clinico ed ottenere un quadro il più possibile oggettivo del grado di consapevolezza e di considerazione dato dagli infermieri al problema degli errori di terapia.

Materiali e metodi: Studio trasversale condotto sull'intera popolazione di infermieri di tre reparti di TIN toscani. Lo studio è stato condotto attraverso un questionario anonimo a domande aperte e chiuse.

Risultati: Hanno partecipato allo studio 60 infermieri (52.1%). Il concetto di rischio clinico evoca nella maggioranza degli infermieri (48.4%) la prevenzione degli errori, aspetto di cui l'operatore si ritiene responsabile, assieme all'azienda sanitaria. Il fenomeno degli errori di terapia viene percepito dagli infermieri come rilevante e frequente. Gli errori a cui hanno assistito gli infermieri si sono verificati per il 53% nella fase della somministrazione, per il 21% nella fase della preparazione (errori di dose, "ten-fold errors") e per il 13% nella fase della prescrizione. Si è trattato principalmente di errori senza danno al paziente (54.1%), e il comportamento prevalentemente adottato è stato quello di tener nascosto ai genitori e ai medici l'incidente accaduto (59%). I principali fattori di rischio individuati dagli infermieri sono di tipo organizzativo (scarsa dotazione di personale, elevati carichi di lavoro, turni di lavoro stressanti), di tipo strutturale (rumore), di tipo umano (stress, stanchezza, distrazione), seguiti da quelli di natura tecnica e logistica (inadeguatezza delle risorse). I farmaci più coinvolti nell'errore sono gli antibiotici, i farmaci di emergenza (atropina, adrenalina), l'insulina e tutti quelli per via endovenosa. Gli interventi preventivi possibili sono rivolti alla struttura (diminuire la confusione e le interruzioni), all'organizzazione del reparto (ridurre il carico di lavoro, aumentare il personale), alla formazione (corsi di farmacologia) e al metodo di lavoro degli operatori (protocolli).

Conclusioni: Lo studio ha rilevato l'esigenza di un cambiamento organizzativo e culturale nella prevenzione degli errori di terapia, realizzabile creando una rete di comunicazione efficace.

[Cooperazione sanitaria internazionale: la Fondazione Cure2Children](#)

Lawrence Faulkner

Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche, Volume 1 (2009), Numero 1, pag. 38-39