

**IdB-GISIP Volume 3, Numero 2, Giugno 2011**



**L'infermiere e il bambino terminale: per una nuova pedagogia della morte nella prospettiva antropologica contemporanea**

Pierluigi Badon

*Infermieri dei Bambini-Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche 2011; 3 (2): 40-42*

Cosa significa per un bambino morire serenamente? Può il bambino avere un ruolo attivo nella sua serenità o essa è solo condizionata dal tentativo di rappresentare la serenità da parte degli adulti? Cosa sa il bambino della morte? – Un adulto può essere sereno nella misura in cui comprende, accetta, da significato a quanto accade. Un bambino, quali strumenti possiede? - e, ... come viene educato alla vita e, con essa, alla morte? Il tema della morte è complesso e -anche se sostanzialmente identico sul piano universale come fenomeno biologico- varia nei diversi contesti storici e sociali ed è fortemente condizionato dalla cultura.

Gli Infermieri devono acquisire la capacità di un approccio consapevole e competente al bambino terminale, alla luce della natura necessariamente educativa del nursing.

**Il dolore da venipuntura nel bambino: il beneficio della distrazione con audiovisivi**

Eric Lessi, Mery Biasutto, Martino Ferrazzo

*Infermieri dei Bambini-Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche 2011; 3 (2): 43-48*

**Problema:** la venipuntura per prelievi ematici e somministrazione di farmaci è spesso associata a dolore, ansia e paura nel bambino. Alla luce delle teorie che descrivono e spiegano il dolore in età pediatrica, si riscontra che per il bambino la sensazione dolorifica è amplificata e si riduce con il progredire dell'età, quando il sistema di percezione ed elaborazione del dolore è del tutto sviluppato. Oggi in letteratura, anche su indicazione dell'OMS, viene suggerito ai professionisti della salute di osservare con maggior rigore il beneficio clinico di interventi non farmacologici al fine di ridurre il dolore e l'ansia che accompagnano questa procedura.

**Fenomeno,** questo, non ancora ben gestito in ambito clinico-assistenziale.

**Materiali e metodi:** è stato realizzato uno studio quasi sperimentale paragonando due modalità distrattive. È stato misurato il livello del dolore nel bambino in relazione alla procedura di venipuntura (per prelievo sanguigno o incannulamento venoso). Nel primo gruppo è stato attuato un approccio standard, nel secondo i bambini sono stati sottoposti a distrazione con audiovisivo, in relazione alla procedura di venipuntura. Per la rilevazione sono state impiegate 3 scale di valutazione del livello di dolore in base alle indicazioni di letteratura: la scala VAS, la FLACC (nei bambini tra i 3 e i 7 anni) e la CHEOPS (nei bambini tra gli 8 e i 12 anni).

**Risultati:** si evidenzia che, anche se permane "forte" per tutta la fascia di età considerata, il livello di dolore accertato con gli strumenti impiegati presenta una riduzione statisticamente significativa con l'introduzione dell'audiovisivo in particolare nei bambini di età compresa tra i 3 e 7 anni ( $p=0.01$ ) e nelle femmine ( $p=0.01$ ). Inoltre, i risultati suggeriscono che la distrazione con audiovisivi apporta maggior beneficio nei bambini sottoposti a prelievo ematico rispetto a quelli sottoposti a incannulamento venoso ( $p=0.02$ ) e nei bambini sottoposti con minor frequenza a venipuntura ( $p=0.02$ ).

**Conclusioni:** l'indagine suggerisce che la tecnica con audiovisivi reca beneficio ai bambini sottoposti a venipuntura soprattutto perché va ad influenzare maggiormente la componente emozionale-cognitiva del dolore. Questa tecnica può essere utile da pianificare ed attuare come intervento assistenziale infermieristico, anche perché è di facile realizzazione, non implica lavoro aggiuntivo, non aumenta il tempo di esecuzione e non è ulteriormente invasiva per il bambino.

### **La profilassi delle infezioni micotiche neonatali con fluconazolo**

Elettra Berti, Giovanna Bertini

*Infermieri dei Bambini-Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche 2011; 3 (2): 49-52*

Le infezioni micotiche invasive rappresentano eventi gravi e relativamente frequenti nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale, con tassi di incidenza che raggiungono il 10-16% nei bambini con peso inferiore ai 1000 grammi. In virtù dell'elevata incidenza e soprattutto della cattiva prognosi ad esse correlate - il 73% dei neonati ELBW (Extremely Low Birth Weight, peso < 1000 grammi) con diagnosi di infezione fungina invasiva va incontro a morte o a deficit neuroevolutivo - un'adeguata strategia di prevenzione deve costituire un obiettivo prioritario nella pratica clinica.

Uno strumento fondamentale nella prevenzione delle infezioni micotiche invasive nei neonati ad alto rischio è rappresentato dalla profilassi con fluconazolo che si è dimostrata efficace non solo

nel limitare lo sviluppo di infezioni, ma anche nel migliorare la mortalità ad esse correlata. In letteratura sono stati ampiamente documentati i benefici del trattamento profilattico con fluconazolo e sono stati proposti differenti schemi terapeutici.

Nel presente articolo proponiamo un inquadramento generale della tematica, con particolare riferimento alle sepsi da Candida, ed analizzeremo i principali studi descritti in letteratura confrontando le differenti strategie di profilassi con fluconazolo.

### **Metodi non invasivi per la raccolta di un campione per urinocoltura nei bambini fino a tre anni: revisione della letteratura**

Eleonora Frigerio

*Infermieri dei Bambini-Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche 2011; 3 (2): 53-57*

Le infezioni delle vie urinarie nei bambini spesso si presentano con segni e sintomi aspecifici; la chiave per una corretta diagnosi è l'esecuzione dell'esame culturale sulle urine il cui risultato permette di iniziare il trattamento terapeutico indicato e prevenire possibili danni renali.

L'esecuzione di procedure diagnostiche come l'urinocoltura nei bambini comporta per l'infermiere la necessità di adottare attenzioni particolari in relazione alla capacità di collaborazione del bambino e al suo sviluppo morfologico e fisiologico. Il gold standard tra i metodi di raccolta è rappresentato dall'aspirazione sovra-pubica seguito dalla cateterizzazione trans-uretrale, entrambe tecniche invasive, ma accurate e rapide.

Nel seguente lavoro si cercherà di individuare le tecniche di raccolta non invasive che l'infermiere può utilizzare per eseguire la raccolta per urinocoltura nei bambini fino ai tre anni. Dall'analisi della letteratura è emerso che le tecniche non invasive sono rappresentate dalla raccolta da mitto intermedio, dall'utilizzo del sacchetto collettore e dall'utilizzo del pad. In base agli articoli analizzati si evince che questi ultimi due metodi di raccolta sono caratterizzati da scarsa accuratezza per l'elevato rischio di contaminazione del campione; invece la raccolta da mitto intermedio ha affidabilità paragonabile ai metodi invasivi.

La responsabilità infermieristica sul risultato diagnostico è parziale dal momento che si tratta di una prestazione ad elevata interdipendenza con altri professionisti; permane però totale la responsabilità rispetto le azioni propriamente infermieristiche che vengono messe in atto, quindi vi è autonomia, da parte del professionista infermiere, per quanto riguarda la scelta del metodo di raccolta da utilizzare.

### **Le infezioni nel bambino ustionato: strategie per prevenirne l'insorgenza**

Giulia Remaschi, Federica D'Asta, Caterina Bonaccini, Elena Chiappini, Luisa Galli

*Infermieri dei Bambini-Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche 2011; 3 (2): 58-60*

Nel bambino ustionato è fondamentale, per molteplici motivi, adottare tutte le strategie possibili per ridurre i rischi di infezione. Attente misure igieniche devono essere osservate durante le medicazioni e durante la quotidiana cura del bambino. Nei bambini con estese superfici ustionate è inoltre importante garantire un corretto isolamento volto a ridurre il rischio di inquinamento delle lesioni. Infine un ulteriore approccio è realizzato mediante programmi di

controllo delle infezioni con l'acquisizione routinaria di tamponi dalle ferite ma anche dagli orifizi naturali e dalle superfici degli strumenti usati per la cura del bambino, delle sale operatorie e di medicazione (1). La presente revisione si propone di riassumere i capisaldi per un corretto management del bambino ustionato al fine di ridurre il rischio di infezioni.

### **Prevenzione delle lesioni da pressione nel bambino sottoposto ad intervento cardiocirurgico**

Elena Ticozzelli, Nicoletta Tessore, Teresa Bordone, Gianni Bona

*Infermieri dei Bambini-Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche 2011; 3 (2): 61-63*

Premessa: il costo del trattamento di un'ulcera da pressione può essere enorme; vi è infatti un dispendio notevole delle risorse del sistema sanitario, ma anche conseguenze emotive e fisiche del paziente che ne è affetto perché prova dolore e sofferenza e si ha un impatto rilevante sulla qualità di vita dell'assistito e della famiglia.

Obiettivo dello studio: valutare come l'assistenza al paziente pediatrico sottoposto ad intervento cardiocirurgico complesso nell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, si è evoluta negli ultimi anni, valutando l'efficacia della scheda di valutazione del rischio di formazione di lesioni da decubito adottata all'interno del percorso cardiocirurgico dall'anno 2009.

Materiali e metodi: lo studio retrospettivo ha preso in considerazione i casi di formazione di lesioni da pressione dall'anno 2008 al primo semestre dell'anno 2010, dei pazienti pediatrici sottoposti ad interventi cardiocirurgici complessi presso l'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino.

Risultati: l'incidenza della formazione di lesioni da decubito, in seguito all'introduzione della scheda di valutazione del rischio di formazione di lesioni da pressione nell'anno 2009, appare diminuita.

Conclusioni: la scheda di valutazione del rischio di formazione di lesione da pressione è uno strumento importante nella pratica infermieristica perché aiuta la persona che assiste il soggetto effetto da lesione da pressione ad individuare i rischi specifici del soggetto e a pianificare un trattamento idoneo.

### **Pubertà ritardata: cause e diagnosi**

Fiorella Galluzzi, Perla Scalini

*Infermieri dei Bambini-Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche 2011; 3 (2): 64-66*

Il ritardo puberale è definito come il mancato sviluppo della ghiandola mammaria oltre i 13 anni nelle bambine e il mancato aumento di volume testicolare oltre i 14 anni nei ragazzi. Nelle femmine il ritardo puberale è spesso dovuto a genesi organica, inoltre la sindrome di Turner deve essere sempre presa in considerazione. Nei maschi, al contrario, la causa è più spesso costituzionale e funzionale. Un semplice approccio investigativo può portare alla precoce distinzione fra ipogonadismo centrale e periferico e ritardo costituzionale di crescita e maturazione, favorendo una precoce ed adeguata presa in carico, fondamentale per assicurare una crescita ed uno sviluppo puberale ottimale.

Scritto da Administrator

Lunedì 18 Luglio 2011 09:29 - Ultimo aggiornamento Lunedì 18 Luglio 2011 09:42

---

**Attività dell'associazione**

*Infermieri dei Bambini-Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche 2011; 3 (2): 67-71*