



dei bambini



MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA NON INVASIVA CON APPARECCHIO OSCILLOMETRICO NEL BAMBINO: I VALORI RILEVATI AL BRACCIO ED AL POLPACCIO NON SONO SOVRAPPONIBILI

Schell K et al. Comparison of Arm and Calf Automatic Noninvasive Blood Pressures in Pediatric Intensive Care Patients. J Ped Nurs 2011; 26: 3-12.

Nella pratica clinica delle rianimazioni e terapie intensive pediatriche è diffusa la misurazione della pressione arteriosa (PA) con metodo non invasivo. Tra i metodi non invasivi, quello auscultatorio è considerato il gold standard ma è largamente utilizzato anche quello oscillometrico (cioè con apparecchio automatico). La sede di misurazione della PA considerata gold standard nel bambino è quella brachiale. Tuttavia vi sono molte circostanze e condizioni cliniche nelle quali gli infermieri preferiscono o sono costretti ad usare altre sedi. La rilevazione al polpaccio è piuttosto diffusa ma ci sono dati contrastanti riguardo alla accuratezza ed alla attendibilità dei valori ivi misurati.

Lo scopo di questo studio, pubblicato sul Journal of Pediatric Nursing, è stato quello di confrontare i valori di PA rilevati al braccio ed al polpaccio con apparecchio automatico non invasivo, nei bambini ricoverati in rianimazione.

La popolazione studiata è consistita in un campione accidentale di bambini da 1 a 8 anni ricoverati in una rianimazione pediatrica americana. La PA è stata misurata usando un apparecchio automatico standardizzato. Per almeno 5 minuti prima della misurazione, i bambini venivano posti supini con la testata del letto elevata di 30°. Le braccia erano lasciate distese accanto al bambino. Di ogni bambino sono stati rilevati il dolore ed il livello di sedazione con scale validate. Per ogni bambino è stato scelto un bracciale di dimensione adeguata secondo le linee guida esistenti. La PA è stata quindi rilevata simultaneamente in sede brachiale ed al polpaccio.

Risultati: hanno partecipato allo studio 224 bambini con un'età media di 3.9 anni. Di essi, il 51% erano maschi ed il 61% caucasici. La PA sistolica rilevata al polpaccio è risultata più alta di quella rilevata al braccio nel 73% dei bambini. Il 26.3% dei bambini aveva una differenza compresa tra 10 e 19 mmHg ed il 21.4% avevano una differenza superiore a 20 mmHg.

	Brachiale mmHg	Polpaccio mmHg	Differenza mmHg
PA Sistolica	104.06	112.11	8.05
PA Diastolica	64.74	65.95	1.13
PA Media	77.97	80.79	2.83



Anche nella PA media sono risultate differenze tra le due sedi. La tabella sintetizza i valori medi rilevati nelle due sedi e le differenze. L'analisi statistica (t-test) ha rilevato che le differenze nella sistolica tra braccio e polpaccio sono statisticamente significative.

Nonostante la standardizzazione della metodica, i valori della PA sistolica misurati al braccio ed al polpaccio hanno mostrato differenze significative. Le due sedi di rilevazione della PA non sono quindi intercambiabili nei bambini tra 1 e 8 anni in condizioni critiche ricoverati in Rianimazione. Se è necessaria la misurazione incruenta della PA nella valutazione delle condizioni dei bambini in rianimazione, si dovrebbe usare sempre lo stesso arto.

IL DISTURBO DA STRESS POST TRAUMATICO NEI BAMBINI SOPRAVVISSUTI AD UNA PATOLOGIA ONCOLOGICA E NELLE LORO FAMIGLIE

Ayşe Yılmaz, Cansu Akdağ, Y. Sinem Üzar, Hülya Yolcu, Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Department Ankara

L'incidenza del cancro in età pediatrica aumenta ogni anno in tutto il mondo. Negli USA il cancro colpisce il 10,8% dei bambini di età compresa tra 1 e 14 anni ed è la seconda causa di morte dopo gli incidenti, mentre in Turchia il cancro nella stessa fascia di età colpisce il 5 % della popolazione e rappresenta la quarta causa di morte dopo le malattie infettive, i difetti cardiaci e gli incidenti. Nel 2004, negli USA tra il 65% ed il 77% dei bambini ai quali è stato diagnosticato il cancro aveva un'aspettativa di vita di 5 anni o più. Nel 2009 la World Health Organization (WHO) ha stimato che in Turchia l'incidenza del cancro sia di 112 casi ogni 100.000 abitanti. Il percorso terapeutico a cui è sottoposto un bambino con patologia oncologica è fonte di alti livelli di stress sia per il paziente che per la sua famiglia, inoltre gli effetti collaterali delle terapie spesso utilizzate comportano modificazioni dell'aspetto e gravi alterazioni della vita quotidiana tali da poter essere considerati veri e propri eventi traumatici. Nel 2000 uno studio ha evidenziato che i pazienti pediatrici con cancro percepiscono se stessi come profondamente diversi dai loro coetanei a motivo del loro aspetto e che eventi come la

perdita dei capelli, il drastico aumento di peso o la repentina perdita di peso possono determinare, in questi pazienti, lo sviluppo del Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD). Alcuni studi riportano che la prevalenza del PTSD è maggiore nei bambini che sono stati sottoposti ai trattamenti medici per un periodo di tempo maggiore, inoltre nei bambini sopravvissuti al cancro che avevano sviluppato il PTSD si sono riscontrati più frequentemente i sintomi tipici della depressione e pensieri negativi relativi all'esperienza di malattia. In alcuni casi il PTSD è associato ad una regressione del comportamento del bambino. Lo stesso studio ha inoltre mostrato che il PTSD è presente nel 10-30% dei genitori di bambini affetti da patologia oncologica. Lo studio ha riscontrato che è molto frequente che uno dei due genitori sia costretto a lasciare la propria attività lavorativa per prendersi cura del figlio malato; la perdita del lavoro influisce negativamente sulle possibilità economiche della famiglia, che si trova a dover sostenere ingenti spese per la necessaria assistenza al bambino. Oltre ai problemi economici i genitori di un bambino con il cancro devono affrontare problemi di ordine emotivo, fisico e sociale, che sono fonte di grande stress. Le reazioni a questi eventi stressanti possono includere panico, ansia, tristezza o uno stato ininterrotto di allerta. Per questi motivi i genitori di bambini affetti da cancro presentano un rischio aumentato di sviluppare alti livelli di PTSD. Da una revisione sistematica che ha analizzato i risultati di 12 studi è emerso che tra il 6 ed il 25% dei genitori sono a rischio di sviluppare il PTSD durante la malattia del proprio figlio, mentre tra il 27 ed il 54% dei genitori sviluppa il PTSD dopo la guarigione del bambino. Un altro studio sui bambini che sono sopravvissuti al cancro ha mostrato che il 29,5% delle madri e l'11,5% dei padri ha incominciato a mostrare i tratti tipici del PTSD subito dopo la diagnosi. In uno studio condotto su 24 madri di bambini sopravvissuti al cancro, il 25% era affetto da PTSD associato a depressione e disturbi dell'ansia. Inoltre un'ulteriore studio condotto su madri di adolescenti sopravvissuti al cancro il PTSD era presente nel 17% delle madri intervistate.

Elementi essenziali dell'assistenza infermieristica alle famiglie in cui uno o più membri hanno sviluppato il PTSD

Attualmente la maggior parte dei sintomi che ricorrono nella fase terminale della vita sono gestibili con successo attraverso l'impiego di farmaci e di tecnologie di ultima generazione, inoltre le cure disponibili permettono non soltanto il miglioramento della qualità della vita ma il prolungamento della stessa. La sopravvivenza dal cancro risulta quindi notevolmente aumentata. In quest'ottica l'assistenza infermieristica prestata durante le cure attive, durante le cure palliative (nel caso di mancata guarigione) o ai follow up (nel caso di guarigione) deve necessariamente tenere conto della possibilità che alcuni membri della famiglia sviluppino il PTSD. In tal caso è necessario:

- 1) Aiutare il bambino e la famiglia a potenziare i propri meccanismi di difesa: questo può significare incoraggiare il bambino o il genitore a mantenere il più possibile il controllo sulla propria vita in tutte le fasi della malattia.
- 2) Incoraggiare il bambino e la famiglia a prendere parte attiva alle cure. L'assistenza infermieristica deve sempre essere orientata all'intera famiglia.
- 3) Rafforzare la comunicazione all'interno della famiglia e la rete sociale di supporto al nucleo familiare
- 4) Rafforzare l'autostima e l'autoefficacia percepita di ogni membro della famiglia ripercorrendo i periodi difficili vissuti in passato e sottolineando come la famiglia li ha superati e quali sono le risorse emotive e psicologiche che ogni membro della famiglia può mettere in campo per superare la situazione attuale
- 5) Incoraggiare la verbalizzazione delle emozioni negative
- 6) Insegnare ai genitori tecniche per supportare psicologicamente il bambino
- 7) Mostrare ai genitori e al bambino modalità efficaci per esprimere emozioni profonde (disegni, racconti...)

Bibliografia

- Kazak E. A, Alderfer M. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) in Families of Adolescent Childhood Cancer Survivors. *J Pediatr Psychol* 2004; 29(3): 211-219.
- Kazak E. A, Barakat, P. L, Alderfer M. Posttraumatic Stress in Survivors of Childhood Cancer and Mothers: Development and Validation of the Impact of Traumatic Stressors Interview Schedule (ITSIS). *J Clin Psych Med Settings*. 2001; 8.
- Long A., Hudson M., Shesh N. R. Symptoms of Post-Traumatic Stress in Children With Cancer and Their Parents: Effects of Informant and Time From Diagnosis. *Pediatr Blood Cancer* 2005; 45: 952-959.
- Manne L. S, Du Hamel K, Gallelli H. Posttraumatic Stress Disorder Among Mothers of Pediatric Cancer Survivors :Diagnosis, Comorbidity And Utility of the PTSD Checklist as a Screening Instrument. *J Pediatr Psychol*. 1998; 23: 357-366.
- Mitchell W., Clarke S., Sloper P. Care and Support Needs of Children and Young People with Cancer and Their Parents. *Psycho-Oncology* 2006; 15: 805-816.
- Rourke M.T., Hobbie W.L., Schwartz L., Kazak A.E. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Young Adult Survivors of Childhood Cancer. *Pediatr Blood Cancer* 2007; 49: 177-182.

Rispondi al quesito e vinci....

Tra tutti coloro che invieranno entro il **10.07.11** la risposta corretta alla mail: gruppo.ebn@meyer.it verrà estratto a sorte un nominativo che vincerà il libro "L'Assistenza centrata sulla famiglia" della EDISES

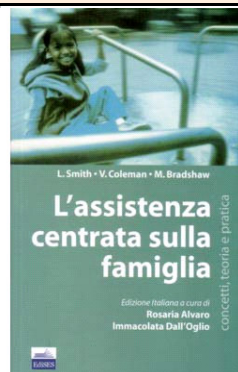
IL QUESITO DI GIUGNO

Un lattante di 2 mesi, figlio di immigrati appena arrivati in Italia, giunge alla vostra osservazione in ambulatorio. Il bambino presenta i segni elencati qui sotto.

- A-fontanelle ampie
- B-lingua protrusa
- C-tachicardia
- D-ipertonia
- E-ipotonia

Quali di essi vi fanno pensare alla possibile presenza di ipotiroidismo congenito? (più risposte)

Child Health Nursing, Reviews & Rationales pag.201



Il Quesito di Maggio

Un bambino di 18 mesi viene portato all'ambulatorio infermieristico per la valutazione routinaria dell'accrescimento. Per una corretta misurazione della statura del bambino l'infermiere deve:

- A- misurare la lunghezza del braccio per stimare l'altezza che il bambino avrà da adulto..
- B- misurare il bambino disteso con un metro a nastro
- C- misurare il bambino disteso in un pedometro
- D- misurare il bambino in piedi con uno statimetro

La risposta corretta è: C

Al quesito di Marzo hanno risposto 96 colleghi, con 95 risposte esatte e 1 non corretta. Tra i colleghi che hanno dato risposta esatta è stata sorteggiata la collega **MONICA BOLGAN** di Venezia, che ha vinto il libro "L'assistenza centrata sulla famiglia".

Congratulazioni !