

AZIENDA OSPEDALIERA
Garibaldi Nesima
U.O.D. di Rianimazione Pediatrica
Responsabile: Dott. Giuseppe Ferlazzo



Il bambino in Terapia Intensiva

Dott.ssa Alfina Caruso



La Terapia Intensiva Pediatrica un reparto molto particolare, in cui si cerca di **conciliare la necessità di assistenza intensiva con i bisogni naturali dei piccoli pazienti.**

Accanto ad ogni letto si trovano numerose apparecchiature che servono a mantenere in vita i pazienti o a misurare i valori di funzionalità dei loro organi momento per momento.

I genitori sono incoraggiati a stare accanto ai loro figli e aiutati a prendersene cura, ma non sono obbligati a farlo, perché nel reparto ci sono, 24 ore su 24, un infermiere ogni due piccoli e un medico che provvedono all'assistenza.

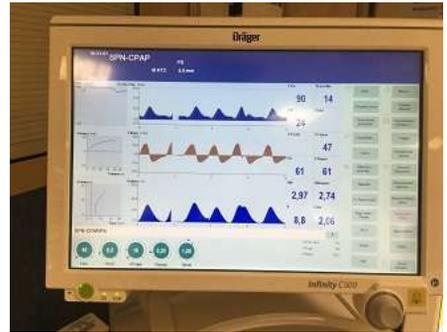


Poiché le condizioni cliniche dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva sono per definizione instabili, si lavora continuamente, con poca differenza tra giorno e notte. Le luci sono sempre accese e spesso suonano gli allarmi degli apparecchi. I piccoli pazienti inoltre sono collegati con tubi e cavi alle apparecchiature e spesso è necessario eseguire esami per controllare le loro condizioni di salute.

L'ambiente risulta essere per il bambino assai poco familiare, ansiogeno e destabilizzante.

Da qui la necessità, quando le condizioni del piccolo lo richiedono, di utilizzare trattamenti farmacologici mirati a ridurre al minimo dolore, paura e ansia. Il lavoro in Terapia Intensiva è un lavoro di squadra in cui le strategie di cura vengono prese collegialmente dai medici del reparto sulla base di un confronto quotidiano, tenendo però sempre conto delle informazioni fornite dai pazienti e dai loro genitori.

E' possibile offrire un sostegno psicologico ai familiari ed ai bambini nei casi più delicati







* **MONITORAGGIO CRUENTO E NON DEI PARAMETRI VITALI**

* **TRATTAMENTO DEL DOLORE STRESS ED ANSIA**

* **ESAMI CLINICO STRUMENTALI NECESSARI AI FINI DIAGNOSTICI**

* **TRATTAMENTO TERAPEUTICO DELLA MALATTIA DI BASE**

* **TRATTAMENTO NUTRIZIONALE**

* **SUPPORTO PSICOLOGICO AL BAMBINO ED ALLA FAMIGLIA**

ANALGO-SEDAZIONE OBIETTIVI

- ✓ **Riduzione delle risposte ormonali e metaboliche allo stress**
- ✓ **Ottenere un adeguato livello di analgesia ansiolisi ed amnesia**
- ✓ **Evitare brusche riemersioni dello stato di coscienza**
- ✓ **Evitare estubazioni accidentali**
- ✓ **Evitare la dislocazione accidentale di cateteri**
- ✓ **Facilitare l'adattamento al ventilatore**
- ✓ **Ridurre l'uso di bloccanti neuromuscolari**

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization guidelines 2002

ELEMENTI DI DIFFICOLTA' NELLA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL BAMBINO

- ✓ Eta'
- ✓ Difficolta' del linguaggio
- ✓ Paziente non cosciente o collaborante
- ✓ Difficolta' nella corretta interpretazione dei sintomi
- ✓ L' atteggiamento dei genitori
- ✓ L'effetto ospedalizzazione

La misurazione del dolore è uno standard di cura da applicare con metodi validati, adeguati all'età e al tipo di paziente .L'articolo 7 della legge 38/2010 cita l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica e infermieristica.

Al pari di altri parametri vitali, misurati ogni 3 ore il team infermieristico misura il dolore secondo una programmazione che deve prevedere valutazioni supplementari in caso di procedure invasive

SCALE DI VALUTAZIONE OGGETTIVO/COMPORMENTALI

Somministrare nei pazienti di tutte le eta' e non collaboranti, espressione anche dell'entita' della sedazione in atto.

COMFORT SCALE / SCALA DI FLACC

Sonno
Calma/agitazione
Motilita'
FR
FC
PA
Tono muscolare
Mimica facciale

Come dovrebbe essere il farmaco ideale

- ✓ A rapido onset
- ✓ Durata d'azione prevedibile
- ✓ Privo di metaboliti attivi
- ✓ Rapido recupero dopo la sospensione
- ✓ Facilmente titolabile
- ✓ Con metabolismo organo-indipendente
- ✓ Con minime interazioni farmacologiche
- ✓ Ad elevato indice terapeutico
- ✓ A basso costo

ANALGESICI

Morfina
Fentanyl
Sufentanyl
Remifentanyl

SEDATIVI

Benzodiazepine
Propofol

E' preferibile utilizzare una via venosa dedicata esclusivamente ai farmaci dell'analgo-sedazione per evitare boli occulti. E' importante anche non interrompere la somministrazione durante il trasporto del paziente per l'esecuzione di esami diagnostici . Il piano analgesico deve tener conto anche del dolore da procedura e del dolore da manovre di nursing (rescue dose).

EFFETTI COLLATERALI DEGLI ANALGESICI/SEDATIVI

- ✓ NAUSEA-VOMITO
- ✓ IPOTENSIONE E BRADICARDIA
- ✓ RITARDO DELLA CANALIZZAZIONE
- ✓ **TOLLERANZA ED ASTINENZA**
- ✓ DEPRESSIONE RESPIRATORIA ($\mu 2$)
- ✓ RIGIDITA' MUSCOLARE
- ✓ DEPRESSIONE IMMUNITARIA



ansia
alterazioni ciclo sonno /veglia
irritabilita'
 midriasi
 tachipnea
 convulsioni
 sudorazione
 tachicardia
 ipertensione
tremori
aumentata sensibilita' alla luce ed ai rumori
 clonie
delirio

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO IN FASE DI SVEZZAMENTO

➤ Ridurre le dosi giornaliere di oppioidi/benzodiazepine

La riduzione può essere nell'ordine del 10-15% ogni 6 ore nei pazienti che hanno ricevuto trattamenti per periodi \leq 3-5 giorni , più lentamente 10-20% al giorno, per i trattamenti più lunghi.

Questa modalità di sospensione implica il mantenimento di un accesso venoso e comporta un prolungamento del ricovero in ambiente intensivo

➤ Convertire l'oppiaceo e/o la benzodiazepina, somministrati per via endovenosa continua, con farmaci ad emivita più lunga per via enterale (fentanyl/metadone - midazolam /lorazepam)

L'astinenza deve essere trattata in modo efficace con combinazioni farmacologiche che trattino in modo specifico i sintomi per evitare il persistere della sofferenza legata ai sintomi e le possibili sequele di complicazioni

Gli agenti farmacologici normalmente utilizzati per trattare o prevenire l'astinenza sono il **metadone** la **clonidina** o la **dexmedetomidina** .

Il trattamento della crisi d'astinenza prevede la somministrazione endovenosa di una dose rescue e l'interruzione temporanea del programma di svezzamento .

La Rianimazione nel bambino cronico



La nostra esperienza.....

| | |
|-----------|--|
| SABRINA | gangliolipidosi o M. di Tay-Sachs |
| MARCO | paralisi cerebrale infantile grave |
| CATERINA | S. di West |
| BENEDETTA | Mucopolipidosi |
| LORENZO | SMA tipo 1 |
| MATTIA | SMA tipo 1 |
| SIRIA | SMA tipo 1 |
| LORENZO | S. di Rett |
| SILVIA | leucodistrofia metacromatica |
| SMERALDA | paralisi cerebrale infantile grave |
| VITO | deficit di pantotenatocinasi o M. di Halleorden-Spatz |
| CARMELO | S. di West |
| SOFIA | paralisi cerebrale infantile |
| ANIS | Broncodisplasia del prematuro |
| SALVATORE | Broncodisplasia del prematuro |

Cosa hanno in comune ?.....

- ✓ Debole o assente riflesso della tosse
- ✓ Incapacita' ad eliminare le secrezioni bronchiali e delle prime vie aeree
- ✓ Disfagia totale
- ✓ Importante reflusso gastro-esofageo da incontinenza cardiaca
- ✓ Assenza di attivita' respiratoria spontanea sufficiente
- ✓ Gia' avviati ad una NIV
- ✓ **Progressione della malattia di base**

Quando veniamo chiamati

Insufficienza respiratoria grave

- ✓ Focolaio broncopneumonico primitivo non rispondente a terapia iniziale
- ✓ Focolaio broncopneumonico secondario a microaspirazioni ripetute nei bambini con alimentazione x gavage
- ✓ Ripresa di uno stato convulsivo non rispondente alla terapia

STABILIZZARE LA FUNZIONE RESPIRATORIA



NIV



ESTUBAZIONE



IOT
+
VAM



TRACHEOTOMIA

Quando e perche' la tracheostomia

- ✓ Per facilitare la gestione delle vie aeree del piccolo da parte dei genitori
- ✓ Per protezione delle vie aeree nei casi di importante RGE
- ✓ In assenza di attivita' respiratoria spontanea sufficiente per cui si rende necessario utilizzo di ventilatore domiciliare
- ✓ In tutti quelle condizioni in cui tale procedura possa anche di poco migliorare la qualita' di vita del piccolo senza che diventi accanimento terapeutico
- ✓ In accordo con i genitori

Quando e perche' la PEG.....

- ✓ Nelle disfagie importanti
- ✓ In sostituzione definitiva del gavage
- ✓ Nel garantire il corretto apporto di nutrienti permettendo una piu' facile gestione domiciliare , per la sua modulabilita' in termini di tipo di alimenti (naturali o artificiali) e scelta temporale di somministrazione.

In relazione all'eta' del paziente' la PEG puo' essere confezionata o per **via chirurgica** o per **via endoscopico-percutanea** .

Quando finisce il nostro compito

- ✓ Quando il bambino e' stabilizzato in tutte le sue funzioni vitali, non e' suscettibile di ulteriore miglioramento delle condizioni cliniche e puo' essere dimesso
- ✓ Quando abbiamo messo in essere tutti gli strumenti per una valida gestione da parte dei genitori
- ✓ Quando abbiamo efficacemente addestrato i genitori all'utilizzo di questi strumenti
- ✓ Quando in collaborazione con le strutture **Sanitarie del Territorio** e col **Pediatra di base** abbiamo avviato un programma di ADI qualora il bambino non ne fosse gia' provvisto .

SUPPORTO PSICOLOGICO AL BAMBINO ED ALLA FAMIGLIA

- * PRESENZA DEI GENITORI
- * GIOCO
- * CLOWN TERAPIA




**ASPLAS
GIUGLIANCI**
ASPIRANTE UNIVERSITÀ DI SCIENZE
MEDICHE (D.M. 10/10/2010)

**PROGETTO OBIETTIVO P.A.N. 2010:
"RIABILITAZIONE PSICOLOGICA NEI REPARTI CRITICI"**

**U.O.D. RIANIMAZIONE PEDIATRICA
P.O. NESIMA**

In seno al su indicato progetto si richiede **supporto e sostegno psicologico** per il
seguente paziente e/o famiglia:

Nome: _____ Cognome: _____ Data di Nascita: _____
Il Responsabile

VALUTAZIONE PSICOLOGICA

I bambini sono come il cemento umido, tutto quello che li colpisce lascia un'impronta.

Haim G. Ginott

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**

