

### CARTA DEI DIRITTI DEL BAMBINO IN OSPEDALE (prima carta dei diritti del fanciullo, ONU 24)

- Il bambino ha diritto al godimento del massimo grado raggiungibile di salute
- Il bambino ha diritto ad essere assistito in modo globale (non solo cura, prendersi cura)
- Il bambino ha diritto a ricevere il miglior livello di cura e di assistenza (competenza)
- Il bambino ha diritto al rispetto della propria identità, sia personale sia culturale nel rispetto della propria fede religiosa
- Il bambino ha diritto al rispetto della propria privacy
- Il bambino ha diritto alla tutela del proprio sviluppo fisico psichico e relazionale (anche in isolamento → vetrate). Il bambino ha diritto a non essere trattato con mezzi di contenzione
- Il bambino ha diritto ad essere informato sulle proprie condizioni di salute e sulle procedure a cui verrà sottoposto con un linguaggio comprensibile e adeguato a un suo sviluppo. Ha diritto ad esprimere liberamente la sua opinione su quello che lo interessa, le sue opinioni devono essere tenute in considerazione tenendo conto dell'età e del grado di maturazione
- Il bambino ha diritto ad essere coinvolto nel processo di espressione dell'assenso/dissenso alle pratiche sanitarie che lo riguarda
- Il bambino ha diritto a manifestare il proprio disagio e la propria sofferenza ha diritto ad essere sottoposto agli interventi meno invasivi e dolorosi
- Il bambino ha diritto ad essere protetto ad ogni forma di violenza
- Il bambino ha diritto ad essere educato ad eseguire il più possibile autonomamente interventi di autocura e ad acquisire la consapevolezza dei segni e sintomi di malattia
- Il bambino e la famiglia hanno diritto alla partecipazione

L'assistenza è incentrata principalmente sulla famiglia, (per il bambino la vicinanza della mamma e del fratello è molto importante ed anche la presenza in reparto di una sala giochi) deve garantire la continuità dei trattamenti a domicilio, dare la possibilità di deospedalizzazione sicura, fondarsi sulla concezione positiva del genitore sviluppata dal bambino vedendolo fare cose importanti per la sua salute e dare una maggiore adesione del bambino ai trattamenti

Occorre il consenso informato firmato dai genitori per le pratiche sul bambino

#### Problemi prioritari di salute del bambino:

- malattie acute e condizioni di criticità vitale
- patologie croniche
- malformazioni e malattie congenite o ereditarie
- patologie emato-oncologiche
- patologie del comportamento e della salute mentale

L'ospedalizzazione è un'esperienza stressante per il bambino e per la sua famiglia e può comportare traumi psicologici ad entrambi soprattutto al primo ricovero e se questo avviene in regime di emergenza/urgenza ancora di più.

Reazioni del bambino (negazione, regressione, proiezione, identificazione con l'aggressore, compensazione)

Reazione della famiglia (negazione, accettazione della realtà, senso di colpa)

Il bambino apatico è pericoloso perché non mette in atto i meccanismi di difesa, il bambino curioso riesco a portarlo verso di me

L'infermiere ha il ruolo di facilitatore alla partecipazione dei genitori nel processo assistenziale dei propri figli, deve valutare le competenze del genitore, deve svolgere le attività delegate e decidere insieme a lui cosa delegare, verificare l'opinione del bambino sulla delega della cura e dell'assistenza ai genitori. L'infermiere dovrà valutare la reattività del bambino la sua capacità e disponibilità a partecipare alle attività, l'immagine corporea, il concetto di sé, il grado di ansia/paura che il bambino ha

#### Fattori che influenzano il ricovero:

- separazione dai genitori
- età del bambino
- grado di comprensione
- relazioni interpersonali
- ambiente ospedaliero

#### Accoglienza in reparto:

- osservare il bambino
- stabilire un contatto col bambino
- contenere l'ansia
- eseguire procedure burocratiche
- rilevare misure antropometriche (peso, lunghezza, circonferenza cranica/toracica, altezza testa)
- insegnare alla madre come tenere il bambino durante la visita ( 0-1 anno il bambino si visita in braccio alla mamma)
- predisporre la stanza

Fisiopatologia della riproduzione, maternità, neonatologia, età evolutiva:

- U.O. GINECOLOGIA E OSTETRICA/NIDO
- U.O. FPR
- U.O. PEDIATRIA
  - degenza
  - day hospital
  - ambulatori
  - ambulatorio per le urgenze (le emergenze passano dal p.s.)
- U.O. T.I.N.
- U.O. CHIRURGIA PEDIATRICA
  - degenza
  - day surgery
  - ambulatori

Età pediatriche

PERIODO NEONATALE	fino a 28°gg di vita
PRIMA INFANZIA	dal 1° al 24° mese di vita
SECONDA INFANZIA	dal 3° al 6° anno di vita
TERZA INFANZIA	dal 7° anno di vita all'inizio dello sviluppo puberale
ADOLESCENZA	dalla comparsa dei caratteri sessuali fino all'ingresso nell'età adulta

Un neonato è considerato a termine quando nasce a 37-42 settimane con un parto spontaneo

### **NEONATO SANO**

Si presenta con un atteggiamento di tonicità (si muove, sgambetta) interagisce con noi è reattivo  
E' fisiologico il neonato che presenta le seguenti caratteristiche:

#### - Prenatali

- E.G. >= 37 e < 42 settimane a termine età gestazionale è il periodo dall'ultima mestruazione alla nascita
  - < 37 settimane *pre-termine*
  - > 42 settimane *post-termine*
- assenza di patologia fetale nota
- liquido amniotico limpido (non tinto di meconio → feci del bimbo sterili con tappo di muco sono verdi scure piceo)  
Se il bimbo emette meconio nell'utero è un bimbo che ha sofferto alla nascita
- rottura del sacco < 24h (riveste la parete uterina)
- peso previsto >= 2500g <= 4199g

#### - Neonatali

- età gestazionale adeguata
- assenza di malformazioni evidenti
- Apgar al 5° min. >= 7 (senza interventi di rianimazione)

La cosa più importante per evidenziare eventuali malformazioni è guardarlo

Peso ed età gestazionale sono i due parametri per eccellenza per valutare il bambino

Peso in rapporto all'età gestazionale:

- appropriato per l'età gestazionale → 10°- 90° percentile
- piccolo per l'età gestazionale → < del 10° percentile
- grosso per l'età gestazionale → > del 90° percentile

#### Assistenza in sala parto

- importante far sì che il bambino non prenda freddo, quindi viene asciugato e messo su un lettino riscaldato, lampada radiante, termoculla (mantenimento temperatura corporea)
- viene assicurata la pervietà delle vie aeree (cavo orale e poi narici – aspirazione non continua sui 20mmHg).
- valutazione di Apgar (indice di valutazione del benessere che si fa al 1° e al 5° min.) in cui si valuta la F.C., la RESPIRAZIONE, il TONO MUSCOLARE, ECCITABILITA' RIFLESSA e COLORE. Punteggio da 7 a 10 il neonato è sano, da 5 a 6 moderatamente depresso (stato di asfissia di media gravità → stimolazione della pianta del piede e O<sub>2</sub> a bassa pressione), da 0 a 3 gravemente depresso (fortemente asfittico o stato di morte apparente → rianimazione cardio-respiratoria)
- clampaggio funicolo → cordone ombelicale (con una molletta di plastica non troppo vicino all'ombelico perché può servire incanalare la vena ombelicale, controllare sempre la medicazione del cordone). prelievo dal funicolo
- profilassi oculare in cui si usano colliri a base di tetracicline e deve essere fatto 2 o 4 ore dopo la nascita per non impedire il contatto con la mamma perché le gocce formano un velo davanti all'occhio. Profilassi anti-emorragica in cui vengono fatte delle somministrazioni per via intramuscolare di 1mg di vitamina k (vi è un deficit perché l'intestino non è ancora colonizzato dalla flora batterica)
- prevenzione infezioni in S.P. (il materiale deve essere tutto sterilizzato)

- identificazione del neonato (con un braccialetto al polso dove c'è scritto il nome, peso, data di nascita, nome e cognome della madre)
- prima pulizia/peso/misure antropometriche/T.C. (il primo bagnetto si fa solo con acqua a temperatura di 37° misurata con termometro. Le zone da pulire con particolare attenzione sono le pieghe cutanee e la testa dove risiede la vernice caseosa → sostanza fosfolipidica che riveste il bambino alla nascita. Per la T.C. si usa il termometro timpanico)
- contatto materno

#### Adattamento alla vita extrauterina

Periodo di stabilizzazione (2/3 ore): equilibrio termico, metabolico, funzione respiratoria e cardiocircolatoria avviene nelle prime 12-24 ore di vita

ATTENTA OSSERVAZIONE una patologia importante si manifesta in questo periodo, i parametri da controllare T.C., colorito cutaneo, F.C., F.R., tipo di espirazione, emissione di feci/urine (emissione di meconio entro le 24ore, e urine entro 12/24ore), comportamento (postura, motricità, pianto), attaccamento al seno modalità di suzione

#### Adattamento respiratorio

1. fase del pianto
2. fase del respiro irregolare e discontinuo (60/80 atti/min. per una durata di c.ca 15min.)
3. fase del respiro regolare (35-40 atti/min.)

Dopo le prime 12 ore F.R. a riposo <60 atti/min.

#### Adattamento circolatorio

1. fase di accelerazione (alla nascita) tachicardia 160/180 battiti/min.
2. fase di decelerazione dopo 10-15min. con tendenza alla riduzione della frequenza dopo 6 ore
3. fase di stabilizzazione 120-160 battiti/min. dopo 12/24 ore dalla nascita

#### Adattamento metabolico

1. metabolismo glucidico (controllo glicemia non meno di 40mg)
2. metabolismo del calcio (controllo calcemia non meno di 8-9mg/dl)
3. termoregolazione T.C. ascellare 36,5/37°C (alla 5-6 ora)

**Acrocianosi fisiologica** le estremità possono restare bluastre 6-12 ore dopo la nascita

#### Comportamento

1. prima fase ipereattività motoria (ipertono muscolare, atteggiamento psichico di allerta 15-30min.)
2. seconda fase del sonno quiete (60-100min.)
3. terza fase ipereattività motoria/quiete (dura diverse ore)

Stabilizzazione alla sesta ora

#### Calo ponderale

- fenomeno fisiologico (emissione di meconio, urine, relativa carenza calorica nei primi giorni)
- normale fino al 10% della nascita
- con allattamento al seno a richiesta: il peso aumenta in 3-4 giorni, il peso nascita lo recupera entro 7 giorni

#### Adeguatezza apporto alimentare

- peso (si pesa una volta al mese)
- emissione regolare di feci/urine (bagnare almeno 6 pannolini)
- tranquillità
- ritmo sonno/voglia

#### Modulazione comportamentale

- ben contenuti e stabilizzati a livello posturo motorio, mostra una capacità di attenzione e orientamento uditivo e visivo. Orientano prima gli occhi e poi il capo.

### **NEONATO PREMATURO**

- cute liscia, sottile, trasparente
- arti corti e sottili
- occhi sporgenti
- solchi plantari scarsi
- testicoli alti/ritenuti
- ipertrofia, piccole labbra
- riflessi incompleti
- movimenti poco coordinati (meno di 34 settimane posizione a rana, cioè arti estesi)
- ittero
- immaturità polmonare (surfattante per via endotracheale)

Elementi che ci aiutano a definire l'età gestazionale, genitali, posizione degli arti

#### Problematiche del neonato pretermine

- termoregolazione, omeostasi idrica, problemi metabolici, respiratori, cardiaci, neurologici, infettivi, alimentari (non riesce a succhiare) N.E.C. (entero colite necrotizzante), anemia

Il distress respiratorio si valuta con il test di **Silverman** (valuta movimenti del torace, retrazioni intercostali, xifoidea, dilatazioni narici, apertura labbra e gemito respiratorio)

Se il punteggio è  $\geq 7$  insufficienza respiratoria grave.

#### Pianificazione assistenziale al neonato pretermine

- monitorare p.v. (F.C., F.R., SpO<sub>2</sub>, T.C.)
- somministrare ossigeno (con ventilazione assistita → intubato, c-pap → pressione positiva data dalla macchina, occhialini nasali oppure ossigeno libero in culla → aumentare umidificazione)
- mantenere in ambiente termo-neutro → es.: incubatrice (ambiente in cui esiste un equilibrio fra produzione, conservazione e dispersione del calore) l'umidità dell'incubatrice è del 50-60%. La t.c. si misura con un elettrodo attaccato al bambino il quale fa da termostato per l'incubatore. La dispersione di calore nei prematuri dipende dal deficit di grasso bruno, dal sottile strato adiposo sottocutaneo e avviene per conduzione, per convezione (contatto con aria o acqua fredda) per radiazione (cede calore a una superficie vicina senza contatto) per evaporazione
- controllare bilancio idro-elettrolitico
- manipolare meno possibile il neonato
- care
- alimentazione (nutrizione enterale con latte materno o latte di banca, il latte materno fresco si mantiene 24ore in frigo oppure si pastorizza, si congela e dura tre mesi. Si cerca di iniziarla precocemente questa nutrizione enterale. Nutrizione parenterale attraverso la vena ombelicale)
- collaborazione dei genitori

#### Valutare la respirazione

Se assente o c'è gemito → ventilare pressione positiva con O<sub>2</sub> 100% e valutare F.C. siamo in T.I.N.

Se F.C. < 60 massaggiare con due dita sulla linea mammillare o con i due pollici sovrapposti → compressione toracica

Se F.C. tra 60-100 non aumenta → farmaci

Se F.C. aumenta → continuo a ventilare O<sub>2</sub>

Valutare colore cute quando roseo

Se in respirazione spontanea → valuto F.C., colore (roseo → osservo monitoraggio, blu → O<sub>2</sub>)

**Care** l'insieme delle premure, cure e sollecitudini offerte al neonato per farlo stare bene limitando gli svantaggi legati alla nascita prematura

1. MISURE AMBIENTALI A MISURA DEL PRETERMINE  
Misure atte a ricercare condizioni di benessere assimilabili a quelle dell'utero materno
2. HOLDING/CONTENIMENTO CUTANEO  
Insieme delle modalità con le quali il neonato pretermine viene contenuto, stabilizzato e sostenuto dal corpo e dalle mani dell'adulto anche durante le manovre invasive
3. WRAPPING  
Avvolgere il piccolo in un telino
4. CONTENIMENTO CUTANEO  
Vestire il bimbo
5. CONTENIMENTO POSTURALE  
"NIDO" in materiale morbido che avvolge il neonato e gli da un confine costante (serve per evitare che il neonato assuma delle posizioni sbagliate)
6. CARE POSTURALE  
Utilizzo della postura corporea in base all'età gestazionale, alla fase di sviluppo e alle condizioni cliniche
7. MINIMAL HANDLING  
Medici ed infermiere devono raggruppare tutte le manovre in momenti della giornata in cui il pretermine è sveglio
8. GENTLE HANDLING (assistenza coccolata)
9. PROMOZIONE DELLO SVILUPPO DEI SENSI DEL NEONATO  
Massaggio e riduzione del dolore

## **ALIMENTAZIONE**

Criteri di valutazione di adeguatezza dell'apporto alimentare

- accrescimento ponderale del neonato (125-210g la settimana)
- stato di idratazione (6 minzioni al giorno e 3-4 evacuazioni dopo i primi giorni)
- tranquillità e consolabilità del neonato
- ritmo sonno-veglia
- numero poppate > 5, <10 dopo il 15° giorno di vita
- durata delle poppate 10-30min.

Il primo latte è il colostro, ricchissimo di anticorpi. Latte di transizione fino ad arrivare a quello materno  
All'inizio il latte è più liquido e ricco di proteine a fine poppata è ricco di lipidi e questo fa sentire sazio il bambino

### Allattamento a richiesta

Il neonato deve essere nutrito ogni volta che dimostri di avere fame

- aumento dello stato di veglia e di attività
- suzione della mano
- ricerca del seno
- pianto (è un segno tardivo)

Massaggio ossitocinico → stimola riflesso ossitocinico

Sistema della bottiglia → riduce l'ingorgo mammario

Situazioni che controindicano l'allattamento al seno:

#### - **Materne**

- galattosemia, fenilchetonuria, malattie delle urine a sciroppo d'acero (malattie di screening neonatale)
- madre dedita all'uso di stupefacenti
- madre affetta da tubercolosi
- madre affetta da HIV<sup>+</sup>
- madre che fa chemioterapia

#### - **Neonatali**

- prematuri (incapacità di succhiare)
- malformazioni (il labbio palatoschisi), anomalie del cavo orale
- fenilchetonuria congenita

Impedimenti

- dolore al capezzolo/ragadi
- ingorgo mammario
- mastite
- infezione da candida

Prima di un anno si da latte umanizzato o materno no latte vaccino

### Allattamento artificiale

Si usa latte umanizzato in polvere, biberon e tettarella sterilizzata, acqua oligominerale in bottiglia di vetro

Con latte liquido si versa nel biberon e si scalda a bagno maria

Con latte in polvere diluire un misurino in 30ml di acqua

Sterilizzare biberon: lavarlo, con bollitura (20min. vetro, 10min. gomma con un cucchiaino di bicarbonato), a freddo (usare prodotti a base di cloro, acqua fredda)

### Svezzamento

Momento alimentare più importante del primo anno di vita (inizio tra 4-6 mese). E' il passaggio da una alimentazione esclusivamente latte ad una mista ed inizia con la sostituzione di un pasto di latte con un altro alimento. La prima pappa sarà di frutta al pomeriggio Nelle pappe mai aggiungere sale e zucchero (miele) nei primi mesi di vita. Carne solo due o tre volte a settimana e il latte va sostituito gradualmente con cibi semi-solidi

E' fondamentale che il 50% dell'apporto nutrizionale totale continui ad essere latte materno. Il glutine è meglio somministrarlo allo svezzamento

### Alimentazione in età pediatrica

1 anno di vita: regole dietetiche più definite

Fino al 2 anno: dieta con esclusione di alcuni alimenti e limitato uso di altri

Successivamente dieta varia e equilibrata facendo attenzione alle singole patologie e all'alimentazione in età adolescenziale

### Alimentazione enterale

Tecnica di alimentazione artificiale eseguita attraverso sonda nasogastrica o gastrostomia

SNG (pvc, poliuretano, silicone) 6-8-10 french

- Controllare data ultima sostituzione sonda
- Controllare posizionamento sonda
- Controllare che non abbia conati di vomito
- Controllare il respiro
- Colorito cutaneo

Somministrazione: pompe siringa, gavage (somministrazione in bolo nel sondino in 20min.)

## VALUTAZIONE ACCRESCIMENTO CORPOREO (*auxologia*)

Metodi di valutazione

- valutazione della lunghezza (neonatometro)
- valutazione dell'altezza (statimetro a muro)
- valutazione del peso
- valutazione delle pliche cutanee (sottoscapolare, tricipite)
- valutazione della circonferenza cranica (la fontanella si chiude verso i due anni)
- valutazione delle circonferenza toracica
- valutazione età ossea

## PARAMETRI VITALI

- **Pressione** (60-85 sistolica, 20-60 diastolica)

Si può misurare oltre che nel braccio anche negli altri arti per un migliore screening diagnostico. I bracciali in neonatologia si lavano e sterilizzano. Il DINAMAP è un misuratore di pressione in neonatologia

- **Temperatura**

Sceglieremo la sede per il rilievo ed il termometro da utilizzarsi in base all'età e alle condizioni del bambino

Sedi: ascellare (4-5min), orale (2-3min.), auricolare (timpanico pochi secondi) e rettale (2min.)

Al bambino si somministra prevalentemente *paracetamolo*. Nel caso di febbre non/poco rispondente alla terapia farmacologica il bambino può essere sottoposto a bagni con acqua tiepida da eseguirsi in vasca o nel letto

In caso di una soglia convulsionante bassa si somministra delle benzodiazepine come il *diazepam*

- **Respirazione** (30-60 atti/min.)

Nel bambino piccolo è diaframmatica, torace e spalle si muovono solo se il bambino ha problemi. Rilevare F.R. nel sonno per un minuto.

- **Funzione cardiocircolatoria** (100-180min.)

La F.C. è inversamente proporzionale all'età. La sede di rilevazione è diversa per età:

- neonato (rilevazione femorale o apicale) ci serve il fonendo e l'orologio
- prima infanzia (polso brachiale)
- seconda infanzia (polso radiale)

Rilevare la F.C. per 1 min. valutando ampiezza e ritmo del polso

## TERAPIA FARMACOLOGICA

Spesso i dosaggi prescritti non corrispondono alla dose della forma farmaceutica. I dosaggi vanno in base al peso del bambino e alla superficie corporea. L'infermiere deve saper interagire con il bambino e ottenere il consenso alla terapia. La terapia rettale viene ancora privilegiata, ma se siamo in urgenza o dobbiamo essere molto precisi si usa la via endovenosa o intramuscolo. In situazioni di emergenza esiste anche la somministrazione intraossea (tibia-femore)

### Regola 5G in ambito pediatrico

1. somministrare farmaci al bimbo che deve riceverli
2. somministrare il farmaco prescritto
3. somministrare la dose corretta
4. corretta via
5. somministrare il farmaco al giusto momento

Regole per la proporzione

$$H : V = D : X$$

**H** = dose a disposizione

**V** = volume della soluzione nella quale è disciolta la dose

**D** = dose desiderata e prescritta

**X** = volume della soluzione da somministrare

- **Via orale** (metodo più utilizzato)

#### VANTAGGI

- \* è una via sicura e semplice
- \* è una via comoda e di facile attuazione
- \* è la via più economica

#### SVANTAGGI

- \* nausea e vomito
- \* il bimbo deve saper deglutire
- \* irregolarità di assorbimento

- **Via auricolare**

Posizione supina, testa girata da un lato (minore di 3 anni). Padiglione tirato indietro e in basso, massaggiare davanti all'orecchio

- **Via rettale**

Alternativa alla via orale in caso di nausea, vomito, stato di incoscienza. Azione locale e sistemica, assorbimento rapido

### - Via inalatoria

La più efficace per il trattamento delle patologie delle vie aeree (nebulizzatori ad ultrasuoni e pneumatici, spray pre-dosati con o senza distanziatori, inalatori in polvere)

Ossigenoterapia somministrare >21% in caso di ipossiemia documentata da EGA, monitoraggio saturazione transcutaneo. Sistemi di erogazione:

- cannule nasali
- maschera di Venturi
- maschera per ossigeno
- cupoletta (campane) max O<sub>2</sub> 22-90%
- tende per ossigeno O<sub>2</sub> 21-30% max umidità 80%
- incubatrice O<sub>2</sub> 22-40% umidità 50%

### - Via intramuscolo

Non usare se la massa muscolare è scarsa. Bisogna bloccare la gamba. Sedi:

- retto-femorale e vasto-laterale (neonati e lattanti)
- terzo-medio (perché il gluteo finché non cammina non è sviluppato)
- dorso-gluteo e ventre-gluteo (non meno di due anni)
- deltoide (solo per piccole dosi)

### - Via sottocutanea

Usata per insulina, eparina, vaccini e infusioni continue di analgesici

### - Via endovenosa

- sedi periferiche (estremità superiori/inferiori, cuoio capelluto e collo)
- sedi centrali (succlavia, giugulare interna, femorale, basilica, cefalica e ombelicale)

## **RACCOLTA DI CAMPIONI BIOLOGICI**

Responsabilità dell'infermiere è prelevare i campioni e inviarli in maniera sicura in laboratorio. Importante è spiegare ai genitori e al bambino la procedura e il motivo per cui è necessario eseguire il prelievo. Lavarsi le mani prima e dopo il prelievo, mettere i guanti. Campioni:

- tamponi vari (faringeo, ombelicale, auricolare, rettale)
- feci (prelevate da pannolino o vasino – scotch test)
- urine ( - test rapido sulle urine con le strisce colorimetriche – sacchetto di raccolta sterile se per urinocultura)
- ematico (effettuato mediante venipuntura o prelievo capillare)

Materiale per venipuntura:

- capillari di vetro eparinizzati
- lancette sterili monouso con autoscatto
- materiale per disinfezione cutanea
- plastilina
- acqua bidistillata
- cerottino + garze

### Tecnica per venipuntura

Scaldare la zona da pungere immergendo il piede nell'acqua calda (1 ora prima si mette anche la pomata di Hemla come anestetico), disinfettare la cute al lato del tallone e pungere in modo deciso al fine di ottenere una goccia di sangue.

Avvicinare alla goccia un'estremità del capillare tenendolo orientato in basso in modo da evitare l'entrata d'aria.

Depositare 2 capillari nella centrifuga tenendo la parte chiusa con la plastilina verso l'esterno. Uno dei capillari riempirlo con l'acqua bidistillata in modo da bilanciare il peso. Dopo 4min. leggere il valore .

### Bisogno di sicurezza

Quando cresce dobbiamo adattare gli spazi a lui e ridurre i rischi di traumi. Si interviene educando i genitori (attenzione ai luoghi e agli oggetti pericolosi)

## **EDUCAZIONE AL DIABETE**

**Diabete** disordine metabolico caratterizzato dall'incapacità dell'organismo di disporre del proprio glucosio. Sintomi:

- polidipsia
- poliuria
- astenia
- polifagia
- glicosuria

Educazione terapeutica:

- terapia insulinica
- autocontrollo domiciliare (diario)
- terapia dietetica

- esercizio fisico
- prevenzione e trattamento dell'ipoglicemia

Terapia insulinica:

- tipi e conservazione
- scelta strumento
- aspirazione e miscelazione
- sedi e motivazioni
- complicanze

Bisogna motivare il piccolo alla terapia, è importante sottolineare che non è una punizione la terapia

Sedi di somministrazione:

1. addome
2. coscia
3. braccio (deltoide)

Complicanze: lipodistrofia, insulino resistenza, anticorpi antinsulina

Obiettivi educativi 3-5 anni: deve saper fare il controllo dell'urina e saperlo interpretare (strisce), collaborare nel controllo glicemico, lavarsi le mani, scegliere il dito. Conoscere i vari tipi di insulina, sapersi disinfettare, sapere le insuline che vanno agitate. Sapersi pungere, riconoscere i sintomi dell'ipoglicemia e conoscere gli alimenti zuccherati

Dai 5-7 anni acquisiscono più autonomia

Dai 7-10 anni compilano il diario, aspirano l'insulina e usano la penna

E' importante il coinvolgimento con altri bambini, l'atteggiamento della famiglia e l'integrazione con l'equipe