

I NOSTRI BAMBINI: COME CI PRENDIAMO CURA DI LORO

S. FIGUS, M.C. OLMI

Patologia e Terapia Intensiva Neonatale
Università degli Studi di Cagliari
Azienda ASL n°8 - Cagliari

DIRETTORE PROF. VASSILIOS FANOS

“è attraverso gli odori, i sapori, le forme, i colori, il tatto e i suoni che avviene lo sviluppo dell’embrione e del feto”

Testo sanscrito di medicina ayurvedica

Vogliamo parlarvi di come ci prendiamo cura dei neonati che vengono ricoverati nell’Istituto di Patologia e Terapia Intensiva Neonatale di Cagliari. Prendersi cura (in Inglese “*to care*”) è una attività che va oltre il semplice atto della cura della malattia (“*to cure*”) e comprende una molteplicità di atti assistenziali centrati sulla persona per assicurarle il maggiore benessere possibile. Queste attività hanno sempre trovato espressione nelle pratiche assistenziali svolte dagli infermieri che si confrontano con l’uomo malato considerato individuo unico ed irripetibile, entità complessa e non disgiunta dalla sua malattia. Anche nel mondo super tecnologico delle Terapie Intensive Neonatali (TIN) è sempre più forte il “pensiero care” e si estende ai genitori e alle famiglie dei bambini ricoverati.

Poiché il prematuro è parte di una famiglia ed il suo benessere psicofisico è legato a quello dei suoi genitori, ben si comprende come per “care del prematuro” si debba, in realtà, intendere “care del prematuro e della famiglia”.

Al fine di raggiungere una proficua continuità assistenziale è importante che la presa in carico del neonato in TIN e della sua famiglia sia attuata congiuntamente al personale medico in forte azione sinergica.

Il legame che si instaura durante la gravidanza fra il feto e la gestante è qualcosa di molto speciale che viene ad evolversi ed a rafforzarsi dalla nascita in poi per tutto il periodo neonatale ed infantile e a persistere per tutta la vita. In sala parto il bimbo viene adagiato sul seno materno e si

attua quel ricongiungimento necessario dopo la fatica e il dolore del parto che ambedue hanno vissuto. Ogni neonato riconosce la propria mamma dall'odore della sua pelle e dal gusto del suo latte. Questo “miracolo” accade perché il neonato ha maturato, in età fetale, una raffinata sensibilità olfattiva e gustativa. Gli studiosi hanno appurato che a partire dalla 7^a settimana di gravidanza si costituisce il nervo olfattivo e già verso la 8^a-9^a sono reperibili i bulbi olfattivi. Si pensa che il colostro ed il latte materno abbiano un gusto che ricordi il liquido amniotico e, forse, è questa la ragione che lo rende molto più facilmente assimilabile e confortante.

Il neonato riconosce la voce materna, poiché la maturazione anatomica e funzionale dell'orecchio medio è presente a partire dall'8^a settimana di gestazione. L'udito normale appare, invece, a gravidanza più inoltrata (per la maturazione e l'interconnessione di tutte le parti dell'orecchio medio ed esterno). E' dimostrato che il feto reagisce ai suoni esterni sin dalla 25^a settimana.

Oltre a sentire i rumori endogeni (battito cardiaco e borborigmi materni), al feto giunge la voce materna trasmessa attraverso le ossa ed i tessuti sino all'utero con una emersione di 24 decibels (dB) (rispetto a 60 dB all'esterno). Le altre voci o suoni emesse allo stesso livello emergono tra 8 e 12 dB

In caso di parto pretermine o patologico il legame profondo madre-bambino non può avvenire. Molti studi effettuati su tale separazione hanno evidenziato la possibilità di disturbi organici e funzionali nei neonati e lo sviluppo di dinamiche di relazione patologiche fra le madri e i propri figli. Bambini separati precocemente alla nascita hanno manifestato disturbi del sonno, dell'alimentazione e maggiori ospedalizzazioni nel primo anno di vita.

Nel 1907 Pierre Budin (primo neonatologo moderno) scriveva: *”Le madri separate precocemente dai loro bambini, perdono ogni interesse per coloro che sono state incapaci di curare e nutrire”*. Dall'iniziale grande sofferenza legata all'impossibilità di curare il proprio figlio si potrebbero produrre: crescita insufficiente, disturbi parentali (sindrome del bambino vulnerabile) e, nei casi più gravi, abuso del bambino.

Quando un bimbo giunge nel nostro reparto, trova ad attenderlo una termoculla riscaldata ed umidificata, un respiratore automatico pronto all'uso (nel caso in cui occorresse) e tutto il necessario per espletare le manovre proprie della rianimazione e del ricovero (accettazione). E' prioritario stabilizzarlo nelle sue funzioni vitali, assicurandogli buona

ventilazione, attività cardiaca valida ed il mantenimento della temperatura corporea attorno ai 36°C.

Dal 1998, anno in cui è stato istituito il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN), siamo in grado di stabilizzare precocemente il neonato già in sala parto e di assicurargli tale stabilità per tutta la durata del trasporto. Le manovre invasive, se possibile, vengono rimandate al fine di fornire subito al bambino il giusto riposo per smaltire lo stress della nascita e della rianimazione.

L'approccio con il papà del bambino prematuro avviene già in sala parto, durante lo STEN, e prosegue in reparto dopo il trasferimento. Generalmente, egli è accompagnato dai nonni o da altri parenti e l'impatto con la TIN è sicuramente forte: essa appare come un luogo fino ad allora sconosciuto e sconcertante. Ci preoccupiamo di fornirgli un camice ed accompagnarlo nella sala di degenza perché possa prendere subito il contatto col proprio figlio. Lo invitiamo a lavarsi le mani, a toccare il bambino e gli facciamo dono di una foto istantanea da portare alla moglie per rassicurarla. La foto-ricordo viene incollata su un prestampato spiritoso che contiene indicazioni circa il prelievo e la conservazione del latte materno.

Alle sue prime domande rispondiamo in modo chiaro e confortante con l'intento di inviargli messaggi positivi relativamente ottimisti ed incoraggianti, e sottolineando eventuali segni di vitalità e caratteristiche somatiche che possano avvicinarlo al suo bambino.

Il padre ricorderà molto bene e a lungo le impressioni ricevute dal primo impatto: il calore umano, l'incoraggiamento e la disponibilità del personale saranno un bagaglio di emozioni positive da portare alla mamma del bambino.

Il nostro reparto aperto alle visite senza limite d'orario consente la presenza dei genitori diluita nell'arco della giornata e, quindi, una migliore disponibilità di dialogo fra essi e il personale.

Dopo qualche giorno arriva la mamma con tutta la sua problematica della donna che ha partorito prematuramente. Ha perso il sogno di un parto normale e del suo bambino idealizzato. E' delusa, depressa e vittima di sensi di colpa e inadeguatezza per non aver saputo portare a termine la gravidanza. Prevalgono in lei sentimenti di ansia, preoccupazione, grande incertezza per il futuro del suo bambino che vede fragile, immaturo, incompiuto.

Alla prima visita lasciamo che i primi attimi dell'incontro siano vissuti in piena intimità, il pianto può avere effetto liberatorio e va rispettato in quanto tale. Invitiamo la madre a toccare e accarezzare il proprio bambino,

sottolineando l'importanza del contatto pelle-pelle per ora limitato alla carezza e al contenimento con la mano sul tronco. Non perdiamo occasione per ricordare alla mamma l'importanza della sua presenza. Insistiamo nel coinvolgerla in tutte le manovre di pulizia e igiene del bambino e nell'alimentazione. Vogliamo che si senta utile e attiva nella cura del suo bambino: "protagonista". Ciò che desideriamo è inviare il messaggio secondo il quale lei deve sentire di essere "la più brava".

Curare-to-care significa capire partecipando al rapporto della madre col proprio figlio restando in secondo piano, non sostituendosi alla mamma, e partecipare empaticamente alla sua esperienza di dolore, paura, angoscia, seguendola nelle fasi alterne di speranza e disperazione nei ricoveri lunghi. E' necessaria una alleanza con lei che la sostenga senza mai giudicarla, in modo concreto e gratificante.

Nella TIN di Cagliari, da circa dieci anni si attua la care posturale ed ambientale, con particolare attenzione anche al coinvolgimento dei genitori nella stessa. La care posturale si sviluppò come prevenzione alle posture viziate nei cerebrolesi e poi trovò applicazione nei prematuri, dopo studi che evidenziarono lo sviluppo di competenze del feto in utero. Al fine di favorire il completamento delle attività sinattive interrotte dalla nascita prematura, le TIN adottarono strategie di cura (care) finalizzate a un maggiore benessere del bambino.

All'interno dell'utero il contenimento posturale e motorio ha dei limiti ben precisi che consentono al feto di confrontarsi sempre con un confine rappresentato dalla parete uterina. La postura flessa e il capo sulla linea mediana fanno sì che gli arti vengano continuamente in contatto tra di loro e con le varie parti del corpo.

L'incubatrice significa perdita di tutti gli elementi di rassicurazione presenti in utero ed esposizione ad un ambiente ostile: eccesso di luce, rumori, superficie piatta che non si presta al controllo posturale, difficoltà motoria per il neonato contro la forza di gravità (che in utero è di circa un terzo dell'ambiente esterno).

L'incubatrice è, inoltre, una vera e propria barriera agli scambi relazionali. La care posturale si applica su tutti i bambini prematuri a prescindere dall'età gestazionale e va personalizzata sulle caratteristiche motorie del bambino.

Attualmente, il materiale che utilizziamo per la care posturale è quasi lo stesso con cui si incominciò dieci anni fa: usiamo spugne arrotolate per

costruirci i "nidi" per il contenimento a mò di finti uteri, rotolini di panno morbido per sostenere capo e collo; materassini e sacchetti di gel hanno, invece, sostituito i vecchi sacchetti di sabbia che utilizzavamo per ancorare meglio i piccoli; inoltre, cuffiette e calzette di lana confezionate a mano da noi stesse, dottoresse, amiche laboriose, mamme e nonne volenterose da noi sensibilizzate, arricchiscono il corredo per la care.

Il sonno attivo (REM) è uno stimolo maturativo per la corteccia e si affina fra la 32^a e la 36^a settimana, quello quieto (NON-REM) favorisce la secrezione del GH e inibisce gli ormoni dello stress. Inoltre, riduce il consumo dell'ossigeno, le fluttuazioni del flusso ematico cerebrale, stabilizza il sistema cardiocircolatorio. L'alternarsi di sonno REM e NON-REM è, infatti, indice di buona organizzazione del sonno stesso e quindi del benessere del SNC. Nell'attuazione della care il sonno può essere favorito nel concentrare le manovre di igiene e assistenza al fine di limitare le azioni di disturbo nel bambino.

In utero la sopportazione del carico uditivo di un prematuro sappiamo essere di circa 25 dB. In un reparto di TIN egli è sottoposto allo stress uditivo di circa 20 ore su 24 e, se in utero il suo tempo dedicato al sonno sarebbe stato di 18-20 ore, possiamo facilmente comprendere quanto vivere in una TIN sia per lui poco gioioso.

La care ambientale si pone come obiettivo quello di limitare l'inquinamento acustico provocato da apparecchiature, allarmi, voci del personale, telefoni e campanelli. Il feto inizia a maturare la capacità di aprire, chiudere e muovere gli occhi già alla 16^a settimana. Egli vive in un ambiente fortemente oscurato ma la sua nascita prematura lo costringe a stare immerso nella luce 24 ore su 24. Attualmente la care ambientale che si attua nella nostra TIN si avvale dell'utilizzo di teli di cotone colorato che si posizionano sulle capottine delle incubatrici per oscurarle. Durante la notte le luci nelle sale di degenza vengono spente quando non si eseguono pratiche assistenziali.

L'alimentazione viene stimolata favorendo la suzione nel bambino con alcune gocce di soluzione glucosata al 10%, somministrata tramite siringa o succhiotto, proseguendo poi con alcune gocce di latte (possibilmente materno). La somministrazione di soluzione glucosata al 10% si è rivelata molto utile nel consolare il bambino ogni qualvolta debba subire manovre invasive o dolorose. Alla graduale crescita del bambino ed al

miglioramento delle sue condizioni di salute proponiamo il biberon con piccole quantità di latte (ed eventuale supporto di ossigeno).

La tappa successiva sarà l'alimentazione direttamente al seno che viene da noi favorita dalla 34^a-35^a settimana e con un peso di circa 2000 grammi. In questa occasione madre e bambino sperimentano, in piccolo, l'esperienza del contatto pelle-pelle che trova sicuramente maggiore espressione nella marsupio-terapia. Il nostro centro, purtroppo, non consente di offrire questa occasione di incontro fra madre e figlio perché la ristrettezza degli ambienti esercita un grosso limite. Sensibilizziamo e incoraggiamo le mamme cercando di spiegare loro la funzione del latte materno e l'importanza di un allattamento precoce per stimolare la suzione e il contatto fisico madre-bambino. Nonostante i disagi ambientali, cerchiamo comunque di metterle a proprio agio e pur non esistendo nel nostro reparto la banca del latte agevoliamo le mamme dando loro la possibilità di togliere il latte in reparto con un tiralatte elettrico corredato dei suoi set. Forniamo loro di contenitori sterili per la raccolta e ci occupiamo della conservazione del latte negli orari di chiusura della cucinetta.

Le madri che non possono accedere all'allattamento al seno non vengono trascurate ma doppiamente supportate e accudite. A loro insegniamo ad alimentare i propri bambini con il biberon. Non perdiamo occasione per ricordare alle mamme che anche piccole assunzioni del loro latte rappresentano per i propri bambini un "ricco pasto di energia e di amore".

Per quanto riguarda le manovre assistenziali, diciamo che esse vengono effettuate all'interno dell'incubatrice per evitare tanto la dispersione dell'ossigeno, con conseguente ipossia, quanto la dispersione del calore con relativa ipotermia, tenendo sempre ben presente che ogni neonato è diverso dall'altro e conseguentemente la cura va personalizzata in relazione allo sviluppo del singolo neonato pretermine.

L'igiene quotidiana (generalmente viene effettuata la mattina) vede operatività diverse a seconda dell'età gestazionale e delle condizioni cliniche del bambino. Nei pretermine di peso molto basso effettuiamo direttamente in culla spugnature con cotone caldo-umido e utilizzo di detergenti delicati, non aggressivi, per preservare l'integrità cutanea. La cute delicata del bambino viene nutrita di attenzione quando usiamo gli elettrodi transcutanei: prediligiamo le zone del corpo più ricche di massa muscolare, limitando il tempo di permanenza dell'elettrodo a quello realmente necessario; nel monitoraggio della saturazione transcutanea dell'ossigeno (SaO_2^{tc}), l'elettrodo viene ricoperto con una striscia di garza

morbida affinché l'adesivo non stia a diretto contatto con la cute. Limitiamo al solo tempo utile l'uso dei disinfettanti aggressivi e dei cerotti. Nella cura del moncone ombelicale privilegiamo la rete elastica, mentre nella medicazione del catetere ombelicale usiamo la pellicola adesiva trasparente. Nel praticare anche un semplice Combur-test, di recente abbiamo adottato una strategia che consiste nel posizionare un batuffolo di cotone all'interno del pannolino e poi aspirare le urine con una siringa; ciò evita il posizionamento di un sacchetto per la diuresi che sappiamo essere molto irritante per la zona genitale.

Alla crescita del bambino e al miglioramento delle sue condizioni cliniche conseguono pratiche di igiene più prolungate e piacevoli come il bagnetto in vasca. Bambini lungodegenti ossigeno-dipendenti e/o anche intubati non vengono privati del piacere del bagno che pratichiamo posizionando la vaschetta accanto all'incubatrice in modo tale da poter utilizzare lo stesso circuito del ventilatore automatico oppure il pallone di Ambu con la mascherina.

La pratica del bagnetto viene insegnata con grande disponibilità da parte nostra a tutte quelle mamme che ne fanno richiesta perché insicure, inesperte o poco affiancate nella famiglia di appartenenza. Quando mancano pochi giorni alla dimissione, concordiamo con le mamme giorno e orario. E' molto bello vedere le mamme acquistare sempre più disinvoltura e sicurezza nel manipolare il proprio bambino. La nostra presenza si fa discreta e vigila senza invasione di campo. Col primo bagnetto in reparto le mamme attuano quel "rito" che avviene dopo ogni nascita e che a loro è stato precluso dal parto prematuro. Le emozioni che esse vivono sono tanto intense quanto quelle provate al momento del parto e alcune di loro ci hanno confessato di sentirle come legate ad una seconda nascita. Le mamme sviluppano lo stesso carico emotivo ogni qualvolta trasferiamo il bambino dall'incubatrice al lettino.

Arriva, infine, il momento del congedo: è tenero per tutti ma è tanto più toccante quanto più critiche sono state le condizioni del bambino. Talvolta ricoveri prolungati hanno favorito l'instaurarsi di rapporti interumani e amicizie profonde che proseguono al di fuori del reparto. Nella dimissione i genitori del bambino portano il proprio figlio a casa per continuare quel rapporto conoscitivo e relazionale che è iniziato in reparto fin dalla prima visita. Durante l'ospedalizzazione vediamo maturare pian piano nei genitori la consapevolezza della maternità e paternità, migliorare la competenza

nell'accudimento pratico, nei primi piccoli "drammi", e quando li vediamo uscire dal reparto felici e contenti ci emozioniamo con loro e, lo confessiamo, sentiamo che un po' di merito è anche nostro!

Bibliografia

Relier J.P.

Neonatologica Infermieristica,. Il feto: un essere umano multipercettivo da proteggere in caso di nascita pretermine. 1995, n°3:217-221

Relier J.P.

Amarlo prima che nasca. Il legame madre figlio prima della nascita. 1993, ed. Laffont Paris

Budin P.

The Nursling, 1907 The Caxton Publishing Company Ed.

Atti del Corso Teorico-Pratico di Nursing Neonatale: Esperienze a Confronto 3. 2003, Firenze Auditorium Banca Toscana 15/16/17 maggio 2003

Davidson A., Rapisardi G., Donzelli G.P., Scarano E.,

La "developmental care" nel nato pretermine. Neonatologica 1995; 9: 91-102.