

Traduzione a cura di:
Infermiera MARIA CRISTINA ROBB
in collaborazione con D.D.S.I. Paolo Chiari
Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico
Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9
40138 Bologna, Italia

Tel. 051 6363413

E-mail: servinf@aosp.bo.it

Web: <http://www.evidencebasednursing.it>

Nel 2003 la Honour Society of Nursing, Sigma Theta Tau International e Nursing Spectrum hanno sponsorizzato un premio per “Le innovazioni per l’Eccellenza Clinica” per dare un riconoscimento ad esempi di evidence-based nursing nella pratica. I 4 lavori seguenti sono i vincitori che sono stati pubblicati con il permesso della Honour Society of Nursing, Sigma Theta Tau International. Un quinto lavoro vincente sarà pubblicato nel numero di gennaio 2005.

UN APPROCCIO EVIDENCE-BASED ALLA RIDUZIONE DEL RIPOSO A LETTO NELLA POPOLAZIONE DEI PAZIENTI CARDIOLOGICI SOTTOPOSTI AD INTERVENTI INVASIVI

PROBLEMA PRATICO

La parte meno confortevole del ricovero in ospedale, per i pazienti che richiedono interventi coronarici e/o procedure diagnostiche, è la quantità di tempo richiesta per giacere sdraiato dopo la rimozione della guaina dell’introduttore, inserita in arteria femorale. La pratica convenzionale richiede un minimo di 6 ore di riposo a letto supino dopo la rimozione della guaina, che spesso crea dei problemi di dolore alla schiena.

Nel 1994 il Nurse Practitioner/Clinical Nurse Specialist (NP/CNS) per la cardiologia interventiva ha indicato questo problema come oggetto di ulteriori investigazioni e ha guidato la determinazione dei processi e delle strategie da utilizzare. E’ stato riunito un gruppo di medici e di infermieri interessati, visto il coinvolgimento multidisciplinare nel rispondere a questo problema clinico.

TIPOLOGIA DI EVIDENZE UTILIZZATE

Le basi per l’attuazione di un riposo prolungato a letto derivano da un misto di rituali, ricerca ed opinione degli esperti. Il consenso degli esperti riteneva che il prolungato riposo a letto fosse necessario per assicurare un’adeguata emostasi del sito di puntura dell’arteria femorale. La ricerca, molta della quale condotta da infermieri ricercatori, ha gradualmente dimostrato la sicurezza nel ridurre i tempi di riposo a letto, dalle eccessive 24 ore ad un tempo inferiore di 6 ore, dopo la rimozione della guaina.

METODI UTILIZZATI PER OTTENERE E REVISIONARE LE EVIDENZE

Sono stati controllati i database elettronici, inclusi Medline e CINAHL, per tutti i lavori che rispondevano ai termini di ricerca selezionati. Sono stati identificati gli articoli rilevanti, ottenute le copie e i risultati sono stati revisionati dal NP/CNS e dal direttore medico di cardiologia interventistica.

I risultati della revisione della letteratura rivelano una divisione tra i pazienti sottoposti a cateterizzazione cardiaca a scopo diagnostico e a procedure di intervento percutanee sulle coronarie (PCI). Si era pattuito inizialmente che i pazienti PCI e quelli diagnostici sarebbero stati trattati come 2 distinti gruppi di pazienti. Diversi studi di ricerca hanno esaminato i tempi di riposo a letto < a 6 ore dopo la cateterizzazione diagnostica, mentre al tempo della revisione non c’erano studi pubblicati che esaminassero il riposo a letto inferiore alle 6 ore dopo PCI.

STRATEGIE PIANIFICATE PER IL MIGLIORAMENTO

Gruppo di cateterizzazione diagnostica. Ad una riunione nel 1996 del gruppo interessato sono stati presentati i risultati della revisione della letteratura. È stato deciso che la ricerca pubblicata supportava l’effettuazione di un cambiamento della pratica da 6 ore a 2 ore di riposo a letto. È stato sviluppato un piano per introdurre il cambiamento utilizzando un monitoraggio ravvicinato ed il follow up per i primi 50 pazienti ricoverati. Questo avrebbe condotto alla graduale introduzione del cambiamento della pratica in modo controllato.

Gruppo PCI. Allo stesso incontro nel 1996 si è deciso di esplorare la possibilità di condurre uno

studio di ricerca per esaminare la diminuzione del riposo a letto, sotto le 6 ore, dopo PCI.

QUALI STRATEGIE SONO STATE IMPLEMENTATE

Gruppo di cateterizzazione diagnostica. I primi 50 pazienti sono stati seguiti tra marzo e maggio 1997.

Gruppo PCI. È stata sviluppata una proposta di studio di ricerca e sono stati ottenuti ed utilizzati i fondi con successo. Lo staff infermieristico di diverse aree cliniche è stato coinvolti nel processo di reclutamento, raccolta dati ed assistenza ai pazienti durante il processo di ricerca. Sono state condotte sessioni di formazione per prepararli al loro ruolo e per introdurre il concetto di pratica infermieristica evidence-based.

Un totale di 354 pazienti è stato reclutato nella sperimentazione BAC tra marzo 1997 e ottobre 1998. L'inizio della raccolta dati è stato sincronizzato con l'implementazione del cambiamento pratico per i pazienti ricoverati sottoposti a cateterizzazione cardiaca a scopo diagnostico. Questo ha reso più agevole la partenza e gli sforzi per il reclutamento.

METODO DI VALUTAZIONE

Gruppo di cateterizzazione diagnostica. La valutazione di follow up dei dati dei primi 50 pazienti ha dimostrato la sicurezza del cambiamento nella pratica e la sua efficacia nel ridurre il disagio del paziente. E' stato deciso di continuare il riposo a letto per due ore per questo gruppo.

Gruppo PCI. L'analisi dei dati ha verificato che 2 ore di riposo a letto sono sicure e significativamente efficaci per ridurre il dolore alla schiena nei pazienti sottoposti a PCI. Gli investigatori hanno revisionato i dati e nel marzo 1999, due anni dopo l'inizio della raccolta dati, i risultati sono stati presentati allo staff infermieristico e medico. Il cambiamento nella pratica è stato implementato nei giorni successivi. E' stato iniziato un processo per una successiva valutazione degli esiti, per assicurare la sicurezza continua del paziente.

ESITI/RISULTATI

Cambiamento nella pratica clinica. Al termine, il gruppo di cateterizzazione cardiaca diagnostica e il gruppo PCI, inizialmente divisi dalla letteratura di ricerca, hanno avuto gli stessi esiti. La riduzione del periodo di riposo a letto da 6 ore a 2, dopo la rimozione della guaina arteriosa, e la promozione di una mobilitazione precoce sono interventi infermieristici sicuri ed efficaci che prevengono e/o riducono il dolore alla schiena, mentre potenzialmente diminuisce i costi. Il follow-up ha confermato la sicurezza e l'efficacia di questo

cambiamento della pratica basato sulle evidenze.

Comunicazioni tra pari. Il processo e i risultati della nostra esperienza sono stati presentati mediante 6 lavori orali a conferenze locali, nazionali ed internazionali, tra il 1998 e il 2000. Sono state effettuate 3 presentazioni con poster, tra il 1997 e il 1998. I membri dell'auditorio erano sia professionisti medici che infermieristici.

Un riassunto dei risultati della sperimentazione BAC sono disponibili on-line nel sito del Registry of Nursing Research, Sigma Theta-Tau (www.nursingsociety.org). La pubblicazione in due riviste di revisioni tra pari, inclusa una che è disponibile online attraverso Medscape, ha completato le strategie di comunicazione.

Ulteriori studi. Una meta-analisi sui dati della ricerca esistenti rispetto al riposo a letto dopo procedure di diagnostica e di interventistica cardiologica sono attualmente in corso. I progetti, dopo il completamento dell'analisi, contengono una conferenza di presentazione e la richiesta alla Cochrane Collaboration per la possibile inclusione nel database dell'evidence-based practice.

LEZIONE APPRESA

- Identificare almeno 1 persona per campionare il progetto all'inizio. Questa persona deve essere intimamente coinvolta nel processo e sostenere l'impeto nel tempo.
- Utilizzare tutti i membri rilevanti del team multidisciplinare. I problemi clinici sono focalizzati sui pazienti non sulla disciplina e quindi abitualmente richiedono lo sforzo e l'esperienza di differenti professionisti che trovino soluzioni appropriate. Escludere altri professionisti dal processo può portare ad un'opposizione e ad un blocco dei comportamenti quando viene il momento di implementare il cambiamento.

Avere pazienza. Il processo di cambiamento richiede molto tempo. Adesso sono 9 anni da quando è iniziato il progetto sul riposo a letto e, sebbene sia avvenuto il cambiamento nella pratica clinica nel nostro istituto, molti altri centri impongono ancora un prolungato riposo a letto per il loro paziente. Speriamo che la meta-analisi, attualmente in corso, continuerà ad aggiungere materiale al corpo delle evidenze che altre istituzioni possono utilizzare.

WENDY VLASIC, RN, MScN, CCN(C)
*Cardiac Care, London Health Science Centre
London, Ontario, Canada*

GESTIONE DELLA SEDAZIONE NEGLI ADULTI VENTILATI ARTIFICIALMENTE

PROBLEMA

La gestione della sedazione è una problematica per i pazienti delle unità di terapia intensiva di

ventilazione meccanica (MICU), come risulta dai report sulla lunghezza delle degenze (LOS) e come riconosciuto dagli infermieri e dei medici esperti.

Il crescente corpo di conoscenze sulla gestione della sedazione non è stato applicato in modo coerente nella pratica, conducendo ad una sedazione inadeguata o eccessiva dei pazienti ventilati meccanicamente; ciò prolunga le ore di ventilazione e di terapia intensiva, la lunghezza della degenza ed aumenta i costi.

Lo scopo del progetto sulla gestione evidence-based della sedazione è stato quello di implementare una gestione delle pratiche di sedazione evidence-based per i pazienti adulti critici, ventilati meccanicamente e, quindi, di migliorare gli esiti relativi. I miglioramenti previsti negli esiti dei pazienti sono stati: a) diminuzione della durata della ventilazione meccanica, b) diminuzione del ricovero in terapia intensiva di ventilazione medica ed in ospedale e c) diminuzione dei costi per caso. Gli obiettivi per raggiungere tali scopo comprendono: 1) l'aumento delle conoscenze degli infermieri riguardanti la gestione delle pratiche di sedazione evidence-based; 2) l'aumento della documentazione sul livello di sedazione, gli interventi e la rivalutazione e 3) lo sviluppo e l'implementazione di un protocollo pratico di gestione della sedazione evidence-based, compresa la determinazione della concentrazione degli analgesici e dei sedativi, utilizzando i livelli di sedazione e le interruzioni giornaliere dei sedativi per eseguire un test del "risveglio".

SINTESI DELLE EVIDENZE.

Le evidenze sono state ottenute attraverso strategie di ricerca avanzate, usando Medline e CINAHL. I termini di ricerca MeSH utilizzati nella consultazione del database Ovid comprendono: sedazione cosciente, ventilazione meccanica, agitazione, assistenza intensiva, assistenza infermieristica intensiva, monitoraggio dei farmaci, sedativi, narcotici e propofol (*conscious sedation, mechanical ventilation, agitation, critical care, critical nursing, drug monitoring, sedatives, narcotics, propofol*). Due membri del gruppo di progetto hanno revisionato tutte le citazioni rilevanti per le implicazioni pratiche. La ricerca della letteratura ha identificato diverse linee guida e protocolli per la pratica clinica sulla somministrazione della sedazione endovenosa negli adulti ventilati artificialmente.

La ricerca ha anche confermato che la ventilazione meccanica a lungo termine è associata a significativi rischi per il paziente, come le polmoniti legate al ventilatore, le infezioni nosocomiali, la debilitazione e la necessità di una tracheotomia. La ricerca ha suggerito che la mancanza di un protocollo di sedazione in una terapia intensiva è associata al prolungamento della sedazione, a tempi di ventilazione e di ricovero ospedaliero più lunghi e a maggiori costi. Le evidenze suggeriscono che l'utilizzo di una gestione della sedazione, attuata mediante protocolli, diminuisce la durata della

ventilazione meccanica per i pazienti con accidenti respiratori acuti, rispetto all'assistenza non guidata da protocolli. Le evidenze hanno fornito indicazioni anche sull'associazione tra la durata totale della sedazione continua endovenosa e la diminuzione delle ore di ventilazione. Il successo di un protocollo di gestione della sedazione sembra dipendere in parte dal permettere di prendere decisioni cliniche rapide al letto del paziente. Le linee guida pratiche e i report della ricerca forniscono le evidenze per guidare la pratica e raggiungere gli esiti clinici desiderati per la gestione della sedazione nei pazienti ventilati meccanicamente (> 96 ore).

CAMBIAMENTO DELLA PRATICA

I cambiamenti riguardano lo sviluppo e l'implementazione di una scala di agitazione e di sedazione; l'implementazione di un protocollo di sedazione per pazienti adulti ventilati meccanicamente, includendo l'utilizzo combinato della terapia farmacologia insieme ad una valutazione giornaliera del risveglio. I cambiamenti nella pratica sono stati attuati mediante un approccio di team guidato da un infermiere dello staff e da un advanced practice nurse e supportato attraverso un programma di relazione interna del dipartimento infermieristico.

STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE

I cambiamenti della pratica clinica evidence-based che avvengono con successo richiedono un impegno individuale ed organizzativo. È stato costituito un gruppo per la gestione della sedazione formato da un infermiere dello staff della terapia intensiva, un advanced practice nurse, il dirigente infermieristico, l'assistente del dirigente infermieristico, un borsista in pneumologia, un medico dello staff e un farmacista. Sono state sintetizzate le evidenze della ricerca, le linee guida pratiche e i protocolli e sono stati condivisi con i medici ed i farmacisti per ottenere il loro supporto e il loro feedback. un gruppo significativo di infermieri esperti nel cambiamento ha fornito una consulenza ed una formazione avanzata ed è stato sviluppato un foglio di ordine pre stampato per facilitare la diffusione del cambiamento pratico. Le infermiere di terapia intensiva sono state formate mediante poster, conversazioni e sessioni formali didattiche e di consulenza. Sono stati analizzati i dati pre implementazione e post implementazione ed è stato utilizzato l'audit e il feedback per diffondere i risultati tra lo staff e per rinforzare il protocollo dopo 6 mesi.

METODO DI VALUTAZIONE

Sono stati raccolti i dati di base e post-implementazione dal comitato di audit, da un'indagine sulle conoscenze infermieristiche (60% la percentuale di ritorno) e dal nostro dipartimento di gestione degli esiti clinici e delle risorse. Sono state utilizzate la statistica descrittiva e le misure di controllo dei processi per analizzare i dati. Per valutare il cambiamento nella pratica sono stati

adoperati i processi e gli indicatori di esito. Gli indicatori di processo comprendevano un crescente livello di conoscenza degli infermieri rispetto alle pratiche evidence-based di gestione della sedazione (indagine sulle conoscenze); l'utilizzo di uno strumento standard per documentare il livello di sedazione, il numero di volte in cui il livello di sedazione veniva documentato ogni 24 ore di ventilazione meccanica, l'utilizzo routinario della scala di agitazione e la valutazione giornaliera del paziente senza sedazione (comitato audit). Gli indicatori di esito includevano la lunghezza del tempo di ventilazione meccanica, la lunghezza del ricovero in terapia intensiva ed in ospedale dei pazienti ventilati meccanicamente (ICD-9 procedure code 9672) e i costi ospedalieri medi.

ESITI/RISULTATI

L'indagine sulle conoscenze ha dimostrato che il personale conosceva gli aspetti farmacologici dell'utilizzo delle benzodiazepine, ma era meno soddisfatto della gestione della sedazione in generale. I dati provenienti dai documenti di audit hanno indicato che non si utilizzavano dei meccanismi strutturati o degli strumenti per documentare i livelli di sedazione (per esempio c'erano 175 differenti termini utilizzati per documentare il livello di sedazione). Dopo l'implementazione della scala di agitazione e di sedazione e del protocollo di gestione dell'agitazione, il numero di volte che il livello di sedazione è stato documentato è aumentato da 3.5 a 10.9 volte nelle 24 ore.

Dopo l'implementazione del protocollo di gestione della sedazione i giorni di ventilazione medi sono

diminuiti da 10.3 a 8.1 (2.2 giorni). La degenza in ospedale del paziente ventilato per più di 96 ore in terapia intensiva è diminuito da 11.4 a 9.1 (2.3 giorni). I costi medi ospedalieri sono diminuiti approssimativamente da \$ 42 000 a \$ 26 000, con un risparmio di circa \$ 16 000 per paziente o per un risparmio totale istituzionale di \$ 352 000 su un periodo di 5 mesi.

LEZIONE APPRESA

Il cambiamento presuppone sia lo sforzo organizzativo, sia quello individuale e sia quello del gruppo. Questa è un'azione di cambiamento guidata per la maggior parte da infermieri che necessita di supporto ed entusiasmo, sia da parte dei medici sia della farmacia. È stato necessario trovare un medico cardine da associare al gruppo. La diffusione nella pratica è uno sforzo crescente, per il quale è difficile vi sia un supporto continuo da parte degli infermieri, dei medici e della farmacia. Esiste un bisogno incipiente di migliorare i supporti e le risorse per la gestione della sedazione, di misurare l'efficacia del protocollo di gestione della sedazione e di sviluppare dei miglioramenti pratici aggiuntivi basati sulle evidenze. Il progetto è in corso in 1 unità e sarà esteso alle altre terapie intensive per adulti, per aumentare la collaborazione multidisciplinare e migliorare gli esiti dei pazienti.

JOSEPH GREINER, RN, MSN

JANE A. GREINER, RN, BSN

*Department of Nursing University of Iowa Hospitals
and Clinics
Iowa City, Iowa, USA*

SI PUÒ FARE LA DIFFERENZA IN 5 MINUTI

SFONDO

Verso la fine del 1999 è apparso un articolo sull'American Journal of Critical Care che metteva in luce l'importanza della cura del cavo orale. Utilizzando questo articolo come un catalizzatore, il gruppo di pratica clinica della terapia intensiva ha condotto una ricerca dettagliata della letteratura. I risultati della ricerca sono stati confrontati con la pratica attuale e sono state identificate le opportunità di miglioramento.

Gli studi hanno documentato che i pazienti ricoverati nelle terapie intensive mediche avevano una scarsa igiene orale, rispetto ai pazienti non ospedalizzati. Questa mancanza di igiene orale contribuisce allo sviluppo di colonizzazioni buccali. In aggiunta, i batteri orali aspirati nei polmoni possono condurre ad una polmonite da aspirazione. In specifico, i potenziali patogeni, causa delle polmoniti associate a ventilatore (VAP), sono stati identificati nelle secrezioni orali nel 67% dei pazienti intubati

oralmente per ≥ 24 ore. Inoltre, dopo 24 ore, la maggior parte delle attrezzature per l'aspirazione erano colonizzate dalla maggior parte degli stessi patogeni risultanti dalle culture delle secrezioni.

La polmonite è la seconda infezione ospedaliera più comune e la causa principale di morte nosocomiale. Le polmoniti associate all'assistenza sanitaria aumentano la lunghezza del ricovero in terapia intensiva di un paziente da 6.1 giorni a 10.5 giorni. L'aumento del periodo di degenza e il bisogno di trattamenti antibiotici empirici hanno un significativo impatto sui costi. La causa primaria di polmoniti associate all'assistenza sanitaria è la ventilazione meccanica. I costi medi stimati, associati alle polmoniti da ventilatore, sono di \$ 29 369.

POLITICA DI CURA DEL CAVO ORALE/PROCEDURA

Un'appropriata cura del cavo orale può essere una misura preventiva contro le VAP acquisite. Una revisione dell'attuale pratica ha identificato i tamponi

di schiuma come lo strumento di igiene orale da preferire e una variazione nella frequenza e nel metodo di cura del cavo orale. È stata identificata la necessità di una procedura completa per la cura del cavo orale.

Un infermiere specialista in terapia intensiva e un registered nurse di terapia intensiva hanno revisionato la politica e la procedura di cura del cavo orale dell'ospedale. Per sviluppare questa politica sono state utilizzate la ricerca e la letteratura attuale. Per cambiare la pratica, tutto lo staff è stato educato alla nuova politica e alle nuove procedure e sono stati comunicati i seguenti punti. La placca che si lascia accumulare lungo e sopra il margine gengivale è identificata come causa di cambiamenti tissutali in 2-4 giorni. E' necessario spazzolare i denti dei pazienti per prevenire la formazione di placca, la quale può essere un reservoir per i patogeni. Una delicata spazzolatura aspirata dei denti dovrebbe essere utilizzata almeno due volte al giorno. La cura del cavo orale è effettuata ogni 2-4 ore. I tamponi di schiuma possono essere utilizzati tra le spazzolature: sono efficaci per stimolare i tessuti della mucosa, ma hanno una efficacia minima nella rimozione della placca. La risciacquatura orale è effettuata mediante perossido di idrogeno al 1,5% per la pulizia e la riduzione dei patogeni respiratori. Sono necessari una linea di aspirazione dedicata per la bocca e un dispositivo coperto per l'aspirazione tonsillare. Il catetere di aspirazione subglottico è un catetere monouso che permette la rimozione di secrezioni sopra la cuffia. In questo momento non è stato implementato nessun altro cambiamento della pratica, per prevenire le polmoniti associate all'assistenza sanitaria.

IMPLEMENTAZIONE

Un ostacolo importante per attuare l'appropriata cura del cavo orale è stato la mancanza di attrezzatura idonea. Lo staff ha lavorato con le compagnie di produzione per migliorare e sviluppare prodotti adatti a tale scopo.

Migliorando la cura del cavo orale per i pazienti ventilati meccanicamente ci si aspettava di migliorare la salute orale dei pazienti ed il comfort e di diminuire la colonizzazione di patogeni respiratori. Sono state selezionate delle misure per valutare la compliance rispetto alle nuove procedure di cura del cavo orale ed il suo impatto sugli esiti dei pazienti. Il 100% dei pazienti ventilati meccanicamente della terapia intensiva è stato incluso. Sono state utilizzate le seguenti misurazioni: 1) tasso di VAP, 2) frequenza della cura del cavo orale fornita, 3) utilizzo reale dei prodotti e 4) valutazione del prodotto.

RISULTATI

Il primo indicatore misurava la percentuale di VAP. La diagnosi si è basata sui criteri del sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere nazionale (NNIS). I dati di base per i primi 24 mesi sono stati inseriti in una carta di controllo e hanno dimostrato

cause comuni di variazione. Il tasso di VAP durante il periodo di base è stato di 5.6 su 1000 giorni di ventilazione. Dopo l'implementazione della nuova procedura e della politica di cura del cavo orale il tasso è sceso a 2.0 ogni 1000 giorni di ventilazione. I tassi medi comparativi di riferimento del database del NNIS erano da 9.9 a 8.7. I dati dei 33 mesi post-implementation sono stati messi in una carta di controllo e hanno dimostrato nel processo un positivo cambiamento.

È stata misurata anche la frequenza della cura del cavo orale pre-implementation e post-implementation. Il 71% dello staff infermieristico ha partecipato a questa raccolta dati. Prima dell'implementation il 60% degli infermieri riferiva che la cura del cavo orale veniva effettuata ≥ 4 volte per turno. Dopo l'implementation della nuova procedura e della politica di cura del cavo orale, il 93% degli infermieri la effettuava ≥ 4 volte per turno. Anche l'utilizzo di uno spazzolino era aumentato in modo analogo.

Durante i primi 11 mesi del 2001, è stato misurato l'utilizzo reale del prodotto e comparato con l'utilizzo progettato del prodotto per giorno di ventilazione. Il reale utilizzo del prodotto di cura del cavo orale era del 91% dell'uso previsto. Questo ha confermato che la frequenza di cura del cavo orale e di utilizzo dello spazzolino nella popolazione ventilata meccanicamente era aumentato. Lo scopo del cambiamento della pratica era raggiunto.

L'indicatore finale era la misurazione della soddisfazione dello staff infermieristico rispetto ai nuovi prodotti di cura del cavo orale. Il 76% dello staff della terapia intensiva ha completato l'indagine. Il 94% ha indicato che il sistema di cura del cavo orale era facile da assemblare, facile da usare, efficiente e permetteva una completa pulizia orale. L'83% era d'accordo che questo sistema faceva risparmiare tempo. I risultati totali hanno indicato una soddisfazione dello staff per i prodotti ridisegnati per la cura del cavo orale.

CONCLUSIONI

Dopo la pubblicazione dello studio sull'Advocate Journal of Health Care (Spring/Summer 2002), le riviste professionali hanno mostrato un ripetuto interesse per la cura del cavo orale. Successivi articoli riguardanti lo studio dell'ospedale Advocate Good Shepherd sono stati trovati in Geriatric Nursing (2002), RT The Journal for Respiratory Care Practitioners e Hospital & Inpatient Management Report. Le pubblicazioni nelle diverse riviste mediche avevano come obiettivo differenti gruppi di professionisti, a prova di come gli esiti di questi pazienti riguardano molte discipline.

Durante tutto questo processo il seguente quesito deve avere una risposta: come è finalizzata la pratica basata sulle evidenze? Attualmente lo studio dell'ospedale Advocate Good Shepherd e diverse altri studi su esiti basati sulla ricerca sono stati

sottoposti al Centers for Disease Control per essere considerati nelle loro linee guida per le polmoniti associate all'assistenza sanitaria. L'inserimento in queste linee guida dovrebbe consolidare l'importanza della cura del cavo orale. L'eccellenza clinica, tuttavia, può essere misurata solo quando si eroga veramente l'assistenza e si ottengono degli esiti positivi dei pazienti.

BONNIE J. SCHLEDER, RN, MS, CCRN
Intensive Care Unit
LORI PINZON, RN
Quality Improvement
Advocate, Good Shepherd Hospital
Barrington, Illinois, USA

INTERVENTO DI MUSICA IN TERAPIA INTENSIVA: UNA TERAPIA COMPLEMENTARE PER MIGLIORARE GLI ESITI DEI PAZIENTI

PROBLEMA PRATICO

Vi sono numerosi agenti stressanti collegati alla malattia e all'ospedalizzazione che influenzano le risposte dei pazienti, tra cui i segni fisiologici dell'attivazione del sistema nervoso simpatico e quelli psicologici di stress, e che necessitano un trattamento con agenti farmacologici. Una vasta gamma di condizioni mediche, associate all'esposizione ad un'unica circostanza ambientale, la terapia intensiva, fanno emergere nei pazienti dei modelli problematici di comportamento che richiedono l'applicazione di contenzione fisica e/o chimica. Le risposte dei pazienti allo stress, avvertite come una risposta alla malattia e all'ospedalizzazione, possono potenzialmente avere degli effetti deleteri, esacerbando le condizioni patologiche, aumentandone la complessità e diminuendo il rapporto costo/efficacia dell'assistenza infermieristica.

TIPOLOGIA DI EVIDENZE UTILIZZATE

Le evidenze sui benefici effetti della musica e sulle reazioni fisiologiche, psicologiche e sociali dei pazienti sono state tratte da un'ampia revisione della letteratura. Diverse fonti storiche hanno fornito delle osservazioni sull'effetto calmante e di benessere della musica come Pitagora, i commentari biblici e i trattati degli studenti del medico del diciannovesimo secolo Benjamin Rush di Philadelphia. Le annotazioni di Florence Nightingale rivelano il precoce interesse degli infermieri sulla musica come benefico intervento. La musicoterapia, che è emersa come disciplina distinta nel diciannovesimo secolo, ha prodotto una ricca fonte di evidenze sulla musica come trattamento ausiliario per ridurre lo stress, il dolore e l'ansia. La letteratura medica ed infermieristica forniscono numerosi studi di ricerca ed osservazionali che confermano la convinzione che gli interventi di musica siano un appropriato supplemento per il sollievo dei sintomi che interferiscono con il processo di guarigione. La ricerca ha dimostrato che la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria e l'ansia si riducono, nei pazienti ventilati meccanicamente, dopo sessioni di musica. Gli studi hanno provato che la musica riduce l'agitazione nei pazienti confusi, migliora l'umore e facilita la comunicazione. La ricerca supporta

l'utilizzo della musica come uno strumento per ridurre il dolore, sia oncologico, sia chirurgico. In uno studio sui pazienti con malattia cronica ostruttiva delle vie aeree, i punteggi di ansia e di dispnea mostravano una significativa riduzione dopo gli interventi di musica. Anche le procedure collegate all'ansia hanno dimostrato un miglioramento con gli interventi di musica in uno studio sui pazienti sottoposti a sigmoidoscopia con strumento flessibile. Altri articoli che descrivono i benefici derivati dall'utilizzo della musicoterapia, sia per portare giovamento ai neonati, sia per ridurre i comportamenti non adattivi dei pazienti con malattia di Alzheimer.

METODI UTILIZZATI PER OTTENERE E REVISIONARE LE EVIDENZE

Le informazioni sono state ottenute mediante la revisione sistematica di oltre 50 articoli di ricerca rilevanti, sintetizzati in un database computerizzato ed analizzati criticamente. La comunicazione è iniziata con altre fonti evidence-based, come i servizi ospedalieri che utilizzano la musica a scopi terapeutici. Sono state inviate delle richieste riguardanti gli standard clinici pre esistenti, insieme al progetto, allo sviluppo, all'implementazione, alla valutazione e all'efficacia conclusiva dei loro programmi.

STRATEGIA PIANIFICATA DI MIGLIORAMENTO

La strategia pianificata per raggiungere il miglioramento del benessere dei pazienti è stata quella di rendere disponibili i benefici documentati degli interventi di musica a tutti i pazienti dell'unità di terapia intensiva.

COME E' STATA IMPLEMENTATA LA STRATEGIA

Sono stati messi a disposizione di tutti i pazienti dei lettori di compact disc personali, casse o cuffie ed una vasta selezione di CD, rappresentativa del vasto spettro di età e della diversità etnica e culturale della comunità circostante, da utilizzare nell'unità di terapia intensiva.

METODO DI VALUTAZIONE

È stato progettato uno studio pilota sul

miglioramento qualitativo per osservare alcuni parametri dei pazienti selezionati, utilizzati per valutare l'efficacia del progetto di intervento di musica. Sono stati registrati su un foglio di raccolta dati la pressione sanguigna, la frequenza cardiaca e respiratoria, i punteggi delle scale di sedazione e del dolore, la somministrazione di farmaci e la presenza di contenzione fisica, prima e dopo la sessione di musica. I dati iniziali sono stati rilevati entro 30 minuti prima di cominciare la sessione di intervento di musica e raccolti entro 30 minuti dopo il termine della sessione. Sul foglio di raccolta dati sono stati registrati anche, quando disponibili, i dati demografici, la lunghezza della degenza e i punteggi di soddisfazione del paziente. Le informazioni sono state inserite in un database computerizzato, raccolte ed analizzate rispetto ai risultati dei parametri.

ESITI/RISULTATI

I dati analizzati, provenienti dallo studio pilota di miglioramento qualitativo su 44 pazienti, legato all'intervento di musica, sono coerenti con i risultati della letteratura di ricerca. Dei 44 pazienti studiati, 23 hanno mostrato una diminuzione della frequenza cardiaca dopo la sessione di musica. La frequenza respiratoria, in 24 dei pazienti studiati, è diminuita durante la sessione di musica. Dei 13 pazienti in grado di valutare il loro dolore, il 23% ha riportato una diminuzione del dolore dopo l'ascolto della musica. I punteggi della scala di sedazione, per il

16% dei pazienti nello studio, ha dimostrato movimenti verso il punto centrale 3 di valutazione, che descrive il paziente come calmo e cooperativo. Di 8 pazienti con contenzione fisica all'inizio della musica, a 2 è stata rimossa la contenzione fisica dopo la sessione di musica. Gli aneddoti dei pazienti e dei familiari hanno dimostrato una soddisfazione diffusa rispetto al progetto di intervento di musica.

LEZIONE APPRESA

Utilizzare un modello di pratica migliore, che incorpora il monitoraggio organizzativo e continuo della qualità del progetto di intervento di musica, ha permesso la creazione di uno schema che traduce con successo le evidenze nella pratica. Attraverso l'utilizzo dell'intervento musicale, lo staff infermieristico è in grado di risolvere problemi in modo creativo ed iniziare a cambiare la pratica clinica quotidiana all'interno dell'ambiente ospedaliero, implementando le strategie di miglioramento della qualità basate sulle evidenze.

MARY KATHLEEN WILKINS, RN, BA, BSN
MARGERY L MOORE, RN, BSN
*Intensive Care Unit, Portland Providence Medical
Center
Portland Oregon, USA*



Dicembre 2005