

Traduzione a cura di:
D.D.S.I. 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. e Fax. 051 6363049
E-mail: servinf@aosp.bo.it
Web: <http://www.evidencebasednursing.it>

NEL 2001 la Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International and Nursing Spectrum ha sponsorizzato un concorso su “Innovazioni nell’eccellenza clinica”, per dare un riconoscimento agli esempi di pratica basata sulle evidenze. I seguenti sono due dei concorrenti vincitori.

LO SVILUPPO DI UN CENTRO OSPEDALIERO PER LO SCOMPENSO CARDIACO BASATO SULLE EVIDENZE

Lo scompenso cardiaco è una sindrome caratterizzata da difficoltà respiratoria ed affaticamento. Si presenta quando vi è un impedimento al flusso sanguigno in uscita dal cuore. Questa è la sola condizione cardiovascolare che è in continuo aumento, come prevalenza ed incidenza. È un problema sanitario importante, non solo per il paziente, ma anche per tutta la comunità. Tale patologia comporta, approssimativamente, 12-15 milioni di visite ambulatoriali e 6,5 milioni di giorni di degenza, annualmente, negli Stati Uniti. Un terzo di coloro che vengono dimessi dall’ospedale sono nuovamente ricoverati entro 90 giorni, a causa di una ricomparsa dei sintomi. Il costo dell’assistenza al paziente con scompenso cardiaco è approssimativamente \$ 38,1 miliardi annui, cifra che contribuisce a prosciugare le risorse limitate del paziente, i servizi deputati al trattamento e la società.

LE TIPOLOGIE DI EVIDENZE UTILIZZATE

Per rispondere con efficacia al problema dell’elevata percentuale di ricoveri per scompenso cardiaco e l’elevato numero di giorni di degenza associati, il costo per ogni caso e per le recidive, lo staff del Jersey Shore Medical Center ha utilizzato un approccio multidisciplinare e ha sviluppato un centro per lo scompenso cardiaco. Le evidenze sono state reperite nella letteratura medica, infermieristica e delle altre professioni sanitarie. Sono stati osservati anche i centri esistenti per lo scompenso cardiaco.

IL METODO UTILIZZATO PER OTTENERE E REVISIONARE LE EVIDENZE

Il dirigente del progetto e un medico, che ha supportato fortemente lo sviluppo di un centro per lo scompenso cardiaco, hanno visitato diversi centri modello negli Stati Uniti. Hanno parlato con esperti nel campo e hanno raccolto molte idee. È stata

revisata la letteratura, per definire un disegno “più appropriato” per il servizio pianificato. È stata presa una decisione per costituire un centro, diretto da un medico e condotto da un advanced practice nurse, per fornire un servizio migliore per le necessità dei medici con cui lavoriamo e per la comunità che curiamo. È stata presa anche una decisione per assumere un advanced practice nurse (APN) con un’esperienza in cardiologia ad ampio raggio. L’APN dovrebbe condurre il programma per lo scompenso cardiaco, basandosi sulle linee guida sviluppate dal dirigente del progetto e dal direttore sanitario.

LE STRATEGIE PIANIFICATE

Il centro per lo scompenso cardiaco è stato sviluppato con l’obiettivo di portare benefici sia ai pazienti, sia al servizio. La parte del programma sui pazienti a domicilio è stata disegnata per aiutare i pazienti a mantenere una salute cardiaca ottimale all’esterno dell’ospedale. L’APN dovrebbe condurre il centro, fornendo assistenza di tipo collaborativo ed educazione sanitaria energica per relazionarsi con i pazienti, come indicato in letteratura. I pazienti dovrebbero essere visitati nel centro per la valutazione fisica ed il trattamento, come indicato in letteratura. Dovrebbe essere offerta una formazione multidisciplinare energica, utilizzando le risorse dell’ospedale, per fornire ai pazienti un’assistenza ottimale, come indicato in letteratura. I pazienti dovrebbero essere routinariamente telemonitorizzati per valutare il livello di scompenso dello scompenso cardiaco.

Lo scompenso, quando diagnosticato precocemente, può essere curato facilmente. Se i pazienti necessitano di un nuovo ricovero in ospedale, dovrebbero manifestare, più probabilmente, la patologia in modo meno acuto e rimanere in ospedale

per un tempo minore, diminuendo la lunghezza della degenza, come indicato da Bennet e altri e da Rich ed altri. Lo staff esperto dovrebbe visitare anche tutti i pazienti ospedalizzati con scompenso cardiaco. Ciò per valutare i bisogni dei pazienti ed accelerare la loro soddisfazione. Lo staff per lo scompenso cardiaco dovrebbe anche educare i pazienti e fornire loro delle letture da portare a casa. Dovrebbe essere data risposta alle domande e alle preoccupazioni. I dipartimenti diagnostici sono coinvolti per assicurare la tempistica degli appuntamenti per i test. L'APN collaborano con i medici per ottimizzare l'assistenza al paziente ed ottenere consulenze per i pazienti esterni afferenti al centro. dovrebbero essere richieste routinariamente le consulenze dietetiche. I case manager e gli assistenti sociali forniscono un'informazione preliminare ai pazienti potenziali dimessi, così che le necessità della dimissione possano essere anticipate prima della reale dimissione.

COME SONO STATE IMPLEMENTATE LE STRATEGIE

L'APN è stato assunto. È stato identificato lo spazio per il centro per i pazienti esterni, vicino ad una unità di telemetria, con un accesso facile dalla porta principale. Sono state fornite 3 stanze per il centro per lo scompenso cardiaco: un ufficio, una sala di visita ed una sala di trattamento. I mobili e le suppellettili dell'ufficio sono stati ordinati, incluso un sistema video e della letteratura per i pazienti. Sono stati ordinati degli strumenti di insegnamento manuale e degli aiuti per ottenere collaborazione, utilizzando dei fondi della Heart Failure Center Foundation. Una stanza semiprivata viene utilizzata come sala di trattamento. In questa sala i pazienti possono riposare su un letto, mentre ricevono farmaci diuretici o la terapia infusione inotropica intermittente. Questi pazienti ricevono assistenza dallo staff infermieristico dell'unità di telemetria.

È stata ottenuta una tessera per il parcheggio gratuito per i pazienti. Sono state progettate le schede necessarie ed è presente un segretario. Sono stati attuati molti incontri con i dipartimenti collegati, per delineare il percorso di ciascun processo, incluso le registrazioni degli atti medici, la distribuzione dei rifornimenti, le consulenze, l'informazione tecnologica, la registrazione ed il finanziamento. Sono stati effettuati degli incontri multidisciplinari con i dirigenti per la nutrizione, per la riabilitazione cardiologica, per la farmacologia clinica, per la gestione dei casi e con i dipartimenti dei servizi sociali, per costruire dei servizi di supporto per i pazienti esterni. Sono state prese delle decisioni per fornire meglio un eccellente servizio ai clienti. Le riunioni sono state fatte mensilmente, per discutere i progressi riguardanti il programma. Sono state ottenute o condotte delle indagini per valutare lo stato funzionale dei pazienti, la qualità della vita e la soddisfazione. Tali strumenti sono somministrati appena entrati nel programma e quindi regolarmente,

per valutare i progressi dei pazienti.

Per la porzione del programma riguardante i pazienti ricoverati, è stato sviluppato un opuscolo informativo per loro. Lo staff della sezione informatica ha fornito assistenza per l'implementazione, inserendo in computer le norme procedurali, per i pazienti con scompenso cardiaco, nell'unità di assistenza coronarica, di telemetria e in quella medica. Sono state implementate delle regole aggiuntive, inclusa la prescrizione routinaria di farmaci ai pazienti con scompenso cardiaco. Sono state istituite le linee guida per la richiesta di consulenza al centro per lo scompenso cardiaco e lo staff infermieristico, ausiliario, i medici ed i dirigenti dell'ambulatorio devono effettuare dei programmi di formazione, all'interno del servizio, sulle prospettive. Le linee guida sullo scompenso cardiaco sono state distribuite anche allo staff medico, come raccomandato in letteratura.

IL METODO DI VALUTAZIONE

La valutazione della porzione di programma riguardante i pazienti ricoverati ha incluso variabili quali la lunghezza del ricovero, il costo per caso e l'utilizzo di farmaci per lo scompenso cardiaco, come gli inibitori degli enzimi di conversione dell'angiotensina (ACE), i bloccanti dei recettori dell'angiotensina, l'idralazina e la combinazione di nitrati e beta bloccanti. Queste variabili sono state comparate mensilmente e trimestralmente. Gli audit sulle variabili dei percorsi clinici sono stati attuati per valutare l'efficacia dell'ospedalizzazione. Le aree di deficienza sono divenute uno degli scopi delle strategie di miglioramento, attuate mediante il team clinico multidisciplinare del nostro servizio. Lo staff del centro per lo scompenso cardiaco ha sviluppato la prima card di registrazione del medico, del nostro sistema sanitario. Dopo un audit cieco, sono state presentate le variabili cardiologiche alla sezione di cardiologia, così che i problemi sulla pratica avrebbero potuto essere valutati, comparati e migliorati. Sono state condotte delle indagini telefoniche post-ospedalizzazione, per valutare la soddisfazione dei pazienti.

La valutazione dei programmi per i pazienti esterni hanno compreso, la valutazione della qualità di vita e dello stato funzionale (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire e SF12) e della resistenza fisica (Six-Minute Walk). Queste sono state misurate al momento dell'arruolamento e ad intervalli regolari. Le percentuali di ricovero per scompenso cardiaco, per i nostri pazienti, sono state comparate con i ricoveri per scompenso cardiaco di tutti i pazienti non inseriti nel centro, a 30, 60 e 90 giorni, per dimostrare i benefici del nostro programma per i pazienti esterni. L'indagine di soddisfazione per i pazienti esterni è stata spedita trimestralmente

GLI ESITI/ RISULTATI

La degenza ospedaliera è diminuita da 8,4 a 6,5 giorni in sei mesi. Il risparmio associato al servizio è

stato oltre i 360.000 dollari. Il primo anno completo di attività ha condotto alla continuazione della diminuzione della degenza ed un risparmio finale di 255.000 dollari. Le recidive sono diminuite dal 33% al 13% o meno.

Le card di registrazione del medico hanno apportato utili informazioni che portano a conoscere le prescrizioni e, soprattutto, hanno migliorato la lunghezza del ricovero, i costi per caso e l'aderenza alla terapia standard per lo scompenso cardiaco. Gli audit per le variabili dei percorsi clinici hanno mostrato diverse aree di miglioramento. I cambiamenti risultanti sono stati fatti in aree come: a) la tempistica nell'effettuazione degli ecocardiogrammi a due dimensioni; b) la tempistica della documentazione dei risultati nelle registrazioni dei pazienti e c) una maggior accuratezza nella documentazione delle annotazioni mediche per i pazienti con patologie renali, senza scompenso cardiaco. Questi cambiamenti hanno condotto ad una codificazione accurata del DRG, con le sue ramificazioni per il rimborso. Le indagini di soddisfazione dei pazienti ricoverati hanno fornito una buona risposta, rispetto alle visite dello staff del centro per lo scompenso cardiaco e all'educazione fornita.

La valutazione della qualità di vita per i pazienti esterni ha dimostrato un miglioramento del 33% nello stato funzionale e nella resistenza fisica ed un miglioramento del 25% nella qualità della vita, durante i primi sei mesi di partecipazione al centro. L'utilizzo di ACE inibitori è stato dimostrato essere migliore per i pazienti esterni al centro, rispetto a quelli ricoverati. L'89% contro il 50% rispettivamente. La soddisfazione dei pazienti per il programma rimane alta. I pazienti ed i membri delle famiglie hanno scritto lettere di elogio e di supporto.

Alcuni hanno anche contribuito alla Heart Failure Center Foundation ospedaliera.

LA LEZIONE APPRESA

Lo sviluppo del centro per lo scompenso cardiaco è stato importante. Sono stati attuati diversi cambiamenti nel processo assistenziale infermieristico, per i pazienti che hanno ricevuto infusioni endovena di inotropi e la terapia diuretica. Le card di registrazione dei medici sono state corrette, per migliorarne l'accuratezza. Il percorso clinico si è evoluto in un processo, piuttosto che in una scheda da completare. L'indagine di soddisfazione dei medici è attualmente in fase di sviluppo.

Questo centro ospedaliero, gestito da un APN, per lo scompenso cardiaco, è una via efficace per diminuire la lunghezza del ricovero ed il carico finanziario associato sui pazienti, sul nostro servizio e in ultimo sulla società. I pazienti esterni, inseriti in questo programma, hanno beneficiato notevolmente della diminuzione delle recidive e del miglioramento dello stato funzionale, della resistenza fisica e della qualità della vita.

MARYANNE CROWTHER, RN, MSN, APNC,
CCRN

ANN MAROULIS RN, MSN, APNC, CCRN
NANCY SHAFER-WINTER, RN, MSN, APNC,
CCRN, CNA CPHQ

RICHARD HADER, RN PhD, CHE, CNA, CPHQ
*Jersey Shore Medical Center
Neptune, New Jersey, USA*

UTILIZZARE UN MODELLO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ FOCUS-PDCA DA APPLICARE ALLE LINEE GUIDA PRATICHE PER I GRAVI DANNI CEREBRALI DI TIPO TRAUMATICO: PROCESSI ED ESITI

Il gruppo dei traumi si è sforzato di fornire un'assistenza basata sulla pratica migliore. Esplorando gli esiti clinici dei pazienti del nostro trauma centre, che hanno subito dei gravi danni cerebrali di tipo traumatico (TBI) dal 1994 al 1997, abbiamo trovato che gli esiti erano per lo più marginali: il 43% dei nostri pazienti era deceduto ed il 30% soffriva di gravi invalidità. Questi risultati erano coerenti con quelli di alcuni studi sui TBI pubblicati nel 1980. I ricercatori, nella passata decade, hanno utilizzato nuove tecnologie per monitorare gli effetti dei danni cerebrali secondari ed esaminato gli effetti delle varie modalità di trattamento sugli esiti dei pazienti con TBI. Nel 1995, l'American Association of Neurological Surgeon (AANS) ha pubblicato delle linee guida

cliniche, basate sulle evidenze, per gestire i gravi TBI. Le linee guida raccomandano dei cambiamenti nell'assistenza ai pazienti con TBI e sfidano gli operatori assistenziali a valutare la loro pratica e ad esaminare gli esiti clinici di questo gruppo di pazienti ad alto rischio.

Motivati dalle nuove raccomandazioni pratiche e dalle potenzialità di influenzare ampiamente gli esiti dei pazienti, nel 1997, all'interno del Mission Hospital Regional Medical Center (MHRMC), un gruppo multidisciplinare di neurotraumatologia ha deciso di iniziare un progetto di miglioramento della performance. È stata esaminata la pratica attuale ed è stata sviluppata una nuova linea guida ospedaliera. Sono stati raccomandati numerosi cambiamenti, come lo smantellamento, da parte del gruppo, degli

attuali modelli di pratica e la costruzione di nuove priorità assistenziali. Il risultato è stato una serie di algoritmi che hanno stabilito degli esiti per ogni fase del percorso ospedaliero del paziente. Quattro anni dopo l'integrazione dei cambiamenti nella pratica, il gruppo ha valutato in modo prospettico i dati raccolti, per determinare gli esiti dei pazienti con gravi TBI. Gli esiti attuali (dati del 2001) hanno indicato che il 72,8% dei pazienti hanno avuto un buon esito (nessuna o moderata invalidità), il 13,6% ha avuto una grave invalidità, fino allo stato vegetativo persistente e il 13,6% è deceduto. Presenteremo un approccio di miglioramento della performance FOCUS-PDCA per mostrare i processi utilizzati per applicare le linee guida scientifiche nazionali nel contesto clinico. È stata utilizzato un modello statistico di regressione ordinaria, per effettuare un'analisi dei dati degli esiti, che ha enfatizzato gli aspetti positivi dell'applicazione della linea guida, basata sulle evidenze, sulla pratica.

RIASSUNTO DEL FOCUS-PDCA

FOCUS è un acronimo per le parole Trovare, Organizzare, Chiarire, Capire e Selezionare. PDCA è un acronimo per Pianificare, Fare, Agire e Controllare i Risultati.

TROVARE UN PROCESSO DA MIGLIORARE

I dirigenti medici ed infermieristici dell'unità operativa di trauma/neurochirurgia del MHRMC si sono messi insieme, nel 1997, per facilitare il trasferimento delle linee guida, basate sulla ricerca scientifica, nella pratica clinica. Le linee guida per gestire il danno grave alla testa, sviluppate dall'AANS, sfidano i medici e gli altri membri del team sanitario ad esaminare la loro pratica attuale sui pazienti con gravi TBI ed a modificare le pratiche assistenziali, che sono state ritenute come il "gold standard" dell'assistenza per anni. L'analisi delle linee guida per il TBI e la relativa letteratura hanno fornito delle raccomandazioni sulla necessità di evitare l'ipossia e l'ipotensione; mantenere una pressione arteriosa media < 90 mm Hg e la pressione di perfusione cerebrale > 70 mm Hg, utilizzando liquidi e vasopressori; trattare la pressione intracranica (ICP) > 20 mm Hg; evitare l'iperventilazione per controllare l'ICP, a meno che non si misuri l'ossigenazione cerebrale; infondere boli di mannitolo intermittenti e reintegrare i liquidi per mantenere normale la volemia; utilizzare i barbiturici per l'ICP incontrollabile; diminuire le stimolazioni ambientali; trattare energicamente la febbre; usare la sedazione o l'analgesia in modo continuo ed unificare i percorsi clinici e gli algoritmi riguardanti la terapia pianificata, incluse le procedure di svezzamento.

ORGANIZZARE IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO

I leader del gruppo hanno cominciato esaminando l'attuale processo di assistenza per i pazienti con una TBI al MHRMC. Hanno condotto una revisione della

letteratura e contattato un'industria di cateteri per ossigenazione cerebrale (SjO₂) sulla disponibilità dei prodotti. Hanno anche preso la decisione di formare un gruppo multidisciplinare per esaminare la pratica attuale, analizzare le linee guida e la ricerca pubblicata sulla TBI e sviluppare nuovi piani terapeutici.

CHIARIRE IL PROBLEMA

L'infermiere specializzato in neurologia clinica (CNS) ha condotto una revisione cartacea retrospettiva dei precedenti 3,5 anni. I pazienti inclusi nello studio erano quelli con un trauma chiuso della testa e a) un punteggio della Glasgow Coma Score (GCS) tra 3-8, b) la TAC cerebrale patologica, c) un'età superiore agli otto anni e d) il monitoraggio dell'ICP. Sono stati esclusi dai risultati dello studio i pazienti con un trauma penetrante della testa, i pazienti deceduti o coloro a cui è stata diagnosticata la morte cerebrale entro 24 ore da ricovero, i pazienti con un GCS compreso tra 3 e 8 a causa dell'alcol, di attacchi apoplettici o di traumi sistemici e i pazienti senza traumi alla testa, come determinato dalla TAC o dall'esame clinico. In tutto sono state revisionate 1937 traumi registrati (da gennaio 1994 a giugno 1997). Quasi metà dei pazienti avevano subito qualche forma di trauma alla testa, ma solo 37 di loro corrispondevano ai criteri di inclusione. I risultati dello studio sugli esiti hanno determinato che il 27% di loro avevano avuto un esito da nessuna a moderata invalidità; il 30% una grave invalidità o uno stato vegetativo persistente (PVS) e il 43 % era deceduto. Dopo l'audit cartaceo, è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare comprendente, chirurghi specializzati in traumatologia, neurochirurghi, anestesisti, medici specialisti in terapia intensiva, personale di riabilitazione, infermieri di terapia intensiva, terapisti respiratori e farmacisti. Prima della riunione, tutti i membri hanno ricevuto una copia della linea guida per il TBI e gli articoli di ricerca a supporto. Il CNS neurologico ha coadiuvato due riunioni per confrontare la linea guida alla pratica attuale e stabilire quale utilizzare in ospedale.

COMPREDERE LE FONTI DI VARIABILITA' E SELEZIONARE IL PROCESSO DA MIGLIORARE

Il gruppo ha scoperto che la pratica attuale si differenziava dalle linee guida pubblicate in diverse aree, inclusa il controllo della pressione sanguigna (PS) e la gestione dei liquidi, l'utilizzo dell'iperventilazione per trattare l'aumento dell'ICP, l'uso dei farmaci per diminuire la richiesta cerebrale di ossigeno; l'aumento della PS e la diminuzione dell'ICP; la gestione della febbre e l'uso di tecnologie, come i cateteri SjO₂, per monitorare l'ossigenazione cerebrale. Le raccomandazioni dei membri del gruppo sono state quelle di cessare l'utilizzo dei vecchi trattamenti ed implementare un nuovo processo assistenziale, che incorporasse le linee guida della AANS per il TBI e le raccomandazioni della letteratura focalizzate sulla

diminuzione dell'ICP, la massimizzazione della PS e l'ottimizzazione dell'ossigenazione cerebrale. Il gruppo ha integrato le informazioni sulla manipolazione dell'ossigenazione cerebrale, per ottenere il mantenimento dei livelli normali di ossigeno.

PIANIFICARE, FARE ED AGIRE – GIUGNO 1997

Sono stati raccomandati dei cambiamenti in modo che il team modificasse i modelli della sua pratica ed implementasse nuove priorità assistenziali. È stato esaminato ogni aspetto assistenziale per i pazienti affetti da TBI gravi, dal momento del ricovero nel dipartimento di emergenza (DE), attraverso la fase dell'unità operativa di cure intensive (ICU), fino alla fase della riabilitazione. Il risultato è stato lo sviluppo di una serie di algoritmi, con esiti definiti per ogni fase del percorso ospedaliero del paziente. È stato ricercato il contributo di ogni membro del team multidisciplinare per il processo assistenziale. I cateteri S_jO₂ sono stati immagazzinati nell'ospedale, è stata sviluppata una procedura e lo staff è stato formato. Il gruppo ha sviluppato una scheda di documentazione per i TBI, degli algoritmi per il gruppo dell'ICU e delle linee guida clinica che rispondessero alle necessità di adulti e bambini. Inoltre, i membri dello staff dell'ICU pediatrica e per adulti, il DE e la sala operatoria (CO), sono stati formati sul nuovo processo. Il primo paziente ad essere assistito, utilizzando la nuova linea guida, è stato ricoverato nel giugno 1997. Questo cambiamento della pratica ha richiesto una supervisione ravvicinata ed un supporto clinico ai membri del team, da parte del CNS neurologico, che ha fornito supporto clinico per tutti i cambiamenti.

CONTROLLARE I RISULTATI – GIUGNO 1998

L'analisi dei processi assistenziali, dei dati e degli esiti è stata completa, per mantenere la coerenza nell'assistenza ed il coordinamento dei servizi. I dati sono stati raccolti, in modo prospettico, dal CNS neurologico. L'analisi degli esiti di 18 pazienti, assistiti utilizzando la nuova linea guida, ha indicato che il 61% ha avuto un buon esito, con invalidità assente o moderata; l'11% ha presentato una grave invalidità o uno stato vegetativo persistente e il 27% è deceduto. Il feedback ricevuto dai membri del team ha incluso diversi problemi riguardanti la gestione di questi pazienti.

I membri del gruppo si sono preoccupati della variabilità nelle procedure di intubazione, nel mantenimento dei livelli di pressione sanguigna minima, nella fase assistenziale del DE e della CO, nella tempistica del posizionamento del catetere S_jO₂, nella gestione intraoperatoria e dei casi di aumento dell'incidenza di polmoniti, di scarsa perfusione renale, di problemi nutrizionali e di sintomi di astinenza acuti, a causa della repentina rimozione dell'analgésico.

AGIRE – AGOSTO 1998

Il CNS neurologico ha riconvocato il gruppo multidisciplinare e rivisto i risultati del primo anno. I problemi chiave, identificati più sopra, sono stati divisi in fasi di assistenza ed è stato raccomandato di modificare la pratica. Sono stati sviluppati dei nuovi algoritmi clinici. Il gruppo ha sviluppato: a) i protocolli per la sequenza rapida di intubazione, per i narcotici per l'astinenza e per il supporto con vasopressori, b) gli obiettivi, come la PS, l'ICP e il livello di ossigenazione, per ciascuna fase assistenziale, c) gli obiettivi di gestione nutrizionale, con enfasi sull'alimentazione post-pilorica, la quale fornisce nutrizione direttamente nel piccolo intestino, anziché nello stomaco, d) gli interventi per la gestione aggressiva polmonare, e) i metodi per utilizzare la ricerca infermieristica sulla gestione degli stimoli esterni e della presenza della famiglia. Abbiamo implementato i cambiamenti nella pratica, dopo l'approvazione del comitato e la formazione dello staff.

CONTROLLARE ANCORA – FEBBRAIO 2000

I dati sugli esiti sono stati valutati un'altra volta. 56 pazienti sono stati assistiti, dal momento del cambiamento della pratica, avvenuto nel giugno 1997, ed è stato notato un importante miglioramento negli esiti. Il 69% ha avuto un buon esito, da assenza a moderata invalidità, il 14 % ha presentato una grave invalidità o un PVS e il 16% è deceduto. Abbiamo richiesto l'assistenza di un esperto in statistica indipendente, per analizzare i dati. I pazienti del gruppo 1 (n = 37) sono quelli trattati prima che la linea guida sul TBI fosse implementata ed i pazienti del gruppo 2 (n = 56) sono quelli trattati dopo. Una comparazione di statistica descrittiva, utilizzando un t test di indagine, non ha mostrato differenze significative fra i 2 gruppi rispetto alle variabili dell'età, del punteggio della severità del danno, del GCS al ricovero, del numero di giorni in cui hanno ricevuto il monitoraggio dell'ICP, del numero di giorni sotto ventilazione meccanica, della lunghezza del ricovero in ICU e in ospedale. Le differenze statisticamente significative sono state notate tra i due gruppi, a proposito delle spese ospedaliere (\$197.128 di media per i pazienti del gruppo 1 e \$ 293.065 medi per i pazienti del gruppo 2). Utilizzando un modello di regressione ordinale è stata esaminata la probabilità di presentazione delle variabili significative ed è stata tarata sugli effetti di tutte le altre variabili del modello. I risultati del modello di regressione ordinale sono: a) i pazienti nel gruppo 2 hanno avuto una probabilità di presentare degli esiti positivi, rispetto a quella di presentare esiti negativi o morire, 9 volte più alta rispetto ai pazienti nel gruppo 1 (p=0,005); b) i pazienti con un GCS > 8 al momento del ricovero hanno avuto una probabilità di presentare un esito positivo 6,5 volte più alta rispetto ai pazienti ricoverati con GCS < 8 (p=0,003) e c) la probabilità di un esito positivo è diminuito di un fattore di 0,92 per ciascun anno di età in più dei pazienti, partendo dall'età di 9 anni (p=0,0005).

I membri del gruppo credono che il cambiamento negli esiti della popolazione con gravi TBI sia dovuto ad un approccio standardizzato energico, per gestire i molteplici parametri, e all'integrazione di tecnologie avanzate correlate all'ossigenazione cerebrale. Integrando gli interventi del gruppo in un protocollo, gli infermieri, i medici, i terapisti respiratori e i membri di altre discipline, hanno coordinato i loro interventi e hanno visto gli effetti sui pazienti. Altri centri hanno riferito di aver avuto successo, utilizzando un approccio standardizzato.

AGIRE ANCORA – 2000

Il gruppo ha riconosciuto la necessità di incoraggiare maggiormente il coinvolgimento della famiglia nell'assistenza dei pazienti con grave TBI. La task force per il TBI del 2000 si è costituita, includendo lo staff ospedaliero di tutte le unità, 4 pazienti dimessi e diversi membri delle famiglie. Utilizzando un approccio qualitativo, sono stati raccolti i contributi di tutti i membri e sono stati costituiti 4 gruppi che hanno stabilito le nuove pratiche assistenziali: a) i pazienti usciti dal coma; b) la struttura ambientale di tutte le unità; c) la coerenza e la continuità assistenziale e d) l'educazione ed il supporto al paziente e alla famiglia.

I famigliari sono stati educati rispetto all'ambiente dell'ICU ed incoraggiati ad essere presenti il più possibile a fianco del letto del loro parente. È stato incoraggiato e supportato il tocco terapeutico dei membri della famiglia. I membri del gruppo infermieristico e riabilitativo, delle unità dove il paziente sarà assistito, hanno incontrato la famiglia,

mentre il paziente è ricoverato in ICU. I familiari hanno ricevuto importanti informazioni su come i pazienti si muovono attraverso ogni fase dell'assistenza. Le pratiche assistenziale e gli esiti sono continuamente monitorizzati.

La raccolta dei dati sui pazienti (n=81), alla fine dell'anno fiscale 2000, ha mostrato che il 72,8% ha presentato esiti positivi, da nessuna a moderata invalidità, il 13,6% ha avuto gravi inabilità o PVS, e il 13,6% è deceduto. Questi esiti hanno indicato al gruppo che i cambiamenti nella pratica e la cooperazione intensa hanno portato ad una differenza per i loro pazienti.

La collaborazione ed il rispetto degli altri di ogni membro del gruppo è stata evidente nelle azioni e nelle parole. Questo gruppo multidisciplinare si è evoluto ed è diventato sinergico con ogni paziente e la sua famiglia. Questa sinergia ci ha messo in grado di produrre un effetto sugli esiti dei pazienti, gravemente danneggiati a livello cerebrale, al MHRMC

MARY KAY BADER, RN, MSN, CCNR, CNRN
SYLVAIN PALMER, MD, FACS
CONNIE STALCUP, RN MSN
THOMAS SHAVER, MD, FACS
*Mission Hospital Regional Medical Center
Mission Viejo, California, USA*



Luglio 2004