

INTRODUZIONE

Le infezioni batteriche rappresentano uno dei principali problemi nelle UTI, sia riguardo alla mortalità che al costo economico dei pazienti acuti. Questi possono essere ammessi in UTI con una infezione in corso o rischiare di esserne colpiti durante la loro permanenza; data la gravità delle condizioni generali, è spesso indispensabile ricorrere a misure invasive che possono, quindi, elevare il rischio di infezione.

Secondo l'American Thoracic Society la polmonite nosocomiale si sviluppa con una frequenza di 5-10 casi ogni 1000 ricoveri, cioè il 0.5-5% ed è seconda, in ordine di frequenza, alle infezioni alle vie urinarie. È, inoltre, associata ad un tasso di mortalità che varia dal 30 al 70% ed è legato al momento di insorgenza, poiché dopo 5 giorni la probabilità di contrarre un'infezione da patogeni resistenti aumenta.

Le infezioni polmonari rappresentano la principale complicanza infettiva nei pazienti sottoposti a VAM e l'incidenza varia tra il 10 e 70%, con valori compresi fra il 20 e il 25%. Secondo i dati pubblicati dallo studio EPIC (European Prevalence of Infection in Intensive Care), le polmoniti rappresentano il 45% delle infezioni che colpiscono il paziente in UTI. Qualora le condizioni generali siano critiche, sono la causa di morte più frequente con range di mortalità compresa tra il 20 ed il 70%.⁽¹³⁾

Sebbene una percentuale elevata di polmoniti in UTI sembri essere attribuibile alle condizioni di base del paziente e al danno dell'apparato respiratorio, è riconosciuto da tutti gli autori che l'adozione di specifiche pratiche assistenziali ne condiziona fortemente il rischio.

Si può fare poco per ridurre i rischi di infezione che si presentano come un risultato diretto delle condizioni cliniche del paziente e del precedente stato di colonizzazione, si può fare molto invece per ridurre quella quota di rischio che deriva dall'adozione di comportamenti scorretti ed inappropriati.

In quest'ottica di miglioramento, quindi, il primo passaggio è quello di individuare i punti critici dell'assistenza infermieristica ai pazienti in VAM. Si intendono, in questo caso, per "critici" quei momenti dell'assistenza che più si discostano dal "raccomandato" e che quindi dovranno diventare oggetto prioritario di strategie di intervento e correzione.

Per individuare questi "scostamenti", mi sono avvalso di uno strumento di valutazione chiamato "audit organizzativo osservazionale".

L'**obiettivo** che mi sono posto è:

Aumentare l'aderenza dei professionisti alle misure di prevenzione e controllo delle infezioni polmonari in pazienti in ventilazione assistita, attraverso l'audit come strumento di valutazione.

Materiali e metodi

Per la stesura di questa tesi ho dapprima approfondito una ricerca generale su internet al fine di ottenere parole chiave utili allo scopo.

In seguito ho eseguito una ricerca bibliografica specifica presso la "Biblioteca del Dipartimento di Sanità Pubblica e di Microbiologia" (Torino) su banche dati specifiche come PubMed e Ovid.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state: clinical audit, nursing audit, pneumonia associated ventilator /VAP utilizzando come operatori booleani AND e OR.

Purtroppo con questa ricerca non ho potuto recuperare articoli che associassero i due argomenti trattati (audit e VAP). Mi sono quindi avvalso di altro materiale bibliografico quale libri di testo, atti di congressi, pubblicazioni scientifiche e, per quanto riguarda la prevenzione delle VAP, ho preso come punto di riferimento le Guidelines for Preventing Health-care Associated Pneumonia - MMWR- CDC - anno 2003.

Ho avuto inoltre l'opportunità di confrontarmi con le Infermiere addette al Controllo Infezioni degli ospedali di Asti e di Pinerolo che mi hanno dato indicazioni bibliografiche e suggerimenti relativi al progetto di audit.

Terminata la fase di documentazione, ho progettato il mio "strumento" di rilevazione. Ho creato una " Scheda di verifica dell'applicazione delle procedure per la prevenzione delle VAP" (allegato I).

La scheda è stata costruita sulla base delle raccomandazioni del CDC.

La scelta dei parametri è stata effettuata in base alla possibilità di poterli osservare direttamente durante le rilevazioni.

Gli indicatori presi in considerazione riguardano le misure di barriera, le misure igieniche, manovre su sondino naso gastrico, sull'aspirazione delle secrezioni e sulla gestione dei presidi.

I criteri che non potevano essere osservati sono stati esclusi.

Le raccomandazioni che sono state eliminate sono quelle riguardo al giusto posizionamento e funzionamento del sondino naso gastrico: il giusto posizionamento del SNG può essere verificato con certezza solo attraverso un controllo radiologico.

La valutazione della motilità gastrica può essere accertata con certezza solo attraverso la registrazione in cartella della misurazione del ristagno gastrico.

Un altro indicatore non valutabile è quello che riguarda il corretto drenaggio ed eliminazione della condensa dal circuito respiratorio, poichè in questo reparto vengono utilizzati nuovi sistemi di umidificazione attiva per pazienti critici che impediscono la formazione di condensa.

Un altro punto non valutabile tramite osservazione diretta è quello che riguarda la sterilizzazione dei palloni per la ventilazione manuale (ambu e va e vieni) dopo il loro utilizzo.

Nella Rianimazione di Asti questi presidi vengono disinfettati ad alto livello. Il loro utilizzo avviene con l'ausilio di filtri antibatterici, maschere e reservoir monouso. Questo rimane un problema da affrontare poiché il trattamento di prima scelta è la sterilizzazione.

L'audit messo in atto è stato di tipo osservazionale: con l'ausilio di questa griglia ho potuto rilevare le procedure degli infermieri, degli studenti, del personale OSS e dei medici e valutarne la conformità o non conformità rispetto alle raccomandazioni.

Sono state effettuate tre rilevazioni in tre giorni diversi: la prima è stata fatta l'8 luglio 2008, la seconda il 18 agosto 2008 e la terza ed ultima il 27 agosto 2008 nel Reparto di Rianimazione e Terapia Intensiva dell'Ospedale Cardinal Massaia di Asti.

Le osservazioni sono state fatte tutte nel turno del mattino, cioè nel momento della giornata in cui vengono effettuate più manovre igieniche ed assistenziali sul paziente.

Sui dati raccolti sono state calcolate le percentuali di conformità.

Questi risultati sono stati presentati in una riunione con il personale del reparto. A questo incontro hanno partecipato medici, infermieri, OSS, le infermiere addette al Controllo Infezioni Ospedaliere e sono stati illustrati lo scopo del progetto ed i risultati ottenuti.

I dati sono stati discussi e commentati insieme.

La Tesi è strutturata in tre parti:

- la prima parte è chiamata "inquadramento teorico": vengono presentati gli argomenti dell'audit e delle VAP;
- la seconda parte è il risvolto operativo del progetto nel quale vengono riportati i risultati ottenuti;
- nella terza parte vi sono le conclusioni di questo lavoro con relativi commenti.