

Indagine sul fabbisogno formativo infermieristico presso due unità di terapia intensiva generale: studio osservazionale

Know-how on enteral nutrition management of critical care nurses working in two general intensive care units: an observational study.

Marika Curtolo, Infermiera, Terapia Intensiva-Rianimazione II servizio, Dipartimento di Anestesia e Terapia Intensiva, Azienda Ospedaliero Universitaria S. Maria della Misericordia Udine

Anita Brondani, Medico Rianimatore Terapia Intensiva-Rianimazione I servizio, Dipartimento di Anestesia e Terapia Intensiva, Azienda Ospedaliero Universitaria S. Maria della Misericordia Udine

Carla Comisso, Coordinatore infermieristico Cardiocirurgia, Azienda Ospedaliero Universitaria S. Maria della Misericordia Udine

Riassunto

Introduzione: il paziente critico è un soggetto esposto al rischio di malnutrizione e secondo alcuni autori, in media i pazienti ricevono tra il 63 e il 71% dell'apporto nutrizionale prescritto. L'obiettivo della seguente indagine è stato quello di identificare dei margini di miglioramento nella gestione della nutrizione enterale.

Materiali e metodi: è stato somministrato un questionario con lo scopo di esaminare le conoscenze e l'eventuale fabbisogno formativo degli infermieri in servizio presso due terapie intensive generali.

Risultati: Il 79.7% dei 75 questionari distribuiti è stato compilato (76.5% nella TI A e 82.8% nella TI B). Il punteggio totale medio ottenuto nella compilazione del questionario è di 111 (intervallo di confidenza, IC 95% 108.17-113.82), con mediana 111, range interquartile, IQR, 106-118. Valutando separatamente i due reparti, la media della TI A è di 114.15 (IC 95% 109.8-118.4), mentre quella della TI B è di 108.66 (IC 95% 104.9-112.4).

Conclusioni: i punteggi totali ottenuti dagli infermieri hanno evidenziato un buon livello formativo sulla nutrizione enterale in terapia intensiva. È stata rilevata la mancanza di un team nutrizionale in entrambe le terapie intensive ed indirettamente di protocolli di gestione interna regolarmente aggiornati.

Parole chiave: Nutrizione enterale, Terapia intensiva, Formazione infermieristica.

Abstract

Introduction: the critically ill patient is at high risk of developing malnutrition and, according to the literature, these patients receive only between 63 and 71% of the proper caloric intake. This may result from a bunch of causes; one of these reasons could be related to nurses' enteral nutrition management. The aim of our study was to identify if nurses' knowledge of enteral nutrition management was adequate through the administration of a questionnaire adapted from previous experiences found in the literature (11).

Methods: we administered a questionnaire, composed of 51 questions, in order to analyze nurses' management and know-how of enteral nutrition in all nurses working in two general intensive care units (TIA and TIB).

Results 79.7% of the 75 questionnaires has been filled in (76.5% in the TI A e 82.8% in the TI B). The mean total score is 111 (IC 95% 108.17-113.82), with a median of 111, interquartile range, IQR, 106-118. Nurses working in TI A had a mean score of 114.15, (IC 95% 109.8-118.4), while nurses working in TIB 108.66 (IC 95% 104.9-112.4).

Conclusions the mean scores obtained indicate a valid knowledge on enteral nutrition of the nurses working in our two general intensive care units. The results also stressed the lack of a nutritional team and of regularly updated protocols on enteral nutrition.

Key word: Enteral nutrition, Intensive care unit, Nurse education

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO 10/3/2011

ACCETTATO 5/4/2011

L' AUTORE DICHIARA DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE:

MARIKA CURTOLO, batrachos@libero.it

Introduzione

Il paziente critico è particolarmente esposto al rischio di malnutrizione a causa della patologia primitiva che lo conduce in terapia intensiva ed anche a causa della difficoltà di valutazione e somministrazione dell'appropriato apporto energetico¹. Le linee guida ESPEN rilevano l'importanza di iniziare la dieta enterale non appena possibile e di raggiungere un completo apporto

calorico per via enterale entro 3-5 giorni².

Alcuni autori hanno evidenziato che in media i pazienti ricevono tra il 63 ed il 71% dell'apporto calorico prescritto³⁻⁸. Le cause sono da ascrivere a molteplici fattori: prescrizione calorica insufficiente, ristagno gastrico, vomito, distensione addominale, diarrea e costipazione, mal posizionamento occlusione o rimozione accidentale del sondino naso-gastrico, interruzioni nella somministrazione per indagini diagnostiche, interventi chirur-

gici, gestione delle vie aeree e somministrazione di farmaci^{3,7}. L'applicazione di protocolli standardizzati per la gestione della nutrizione enterale (NE) risolve solo parzialmente il problema^{3,7,9,10}.

Allo scopo di identificare margini di miglioramento nella gestione della nutrizione enterale, abbiamo applicato un questionario tratto da precedenti esperienze europee che ci ha permesso di esaminare in maniera specifica le conoscenze e l'eventuale fabbisogno formativo degli infermieri in servizio presso due terapie intensive generali.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto presso le unità di Terapia Intensiva 1 e 2 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Maria della Misericordia di Udine. Ai fini dell'analisi statistica le due Terapie Intensive sono state identificate come Terapia Intensiva A (TI A) e Terapia Intensiva B (TI B).

Il questionario è stato realizzato in conformità a precedenti esperienze di altri Paesi nordeuropei ed adattato alla specifica realtà italiana^{7,10}. Dopo essere stato preventivamente testato su 5 testimoni privilegiati con esperienza lavorativa in terapia intensiva superiore a 5 anni, il questionario è stato sottoposto a tutti gli infermieri in servizio in TI A ed in TI B (75 soggetti). Le 51 domande a risposta chiusa che lo componevano si dividevano in due parti. Le prime 9 domande riguardavano: dati anagrafici, titolo di studio, anni di servizio in ospedale ed in terapia intensiva, eventuale attività di tutoraggio e grado di soddisfazione personale riguardo alle proprie competenze e conoscenze sulla nutrizione enterale. Le successive 42 domande vertevano su: conoscenza dei profili di responsabilità riguardo alla nutrizione enterale, fonti utilizzate per migliorare le proprie conoscenze sull'argomento, percezione della propria capacità di valutare lo stato nutrizionale del paziente, pianificazione infermieristica, valutazione dell'adeguatezza della documentazione clinica.

Le domande a risposta chiusa prevedevano un'unica scelta. Le risposte possibili sono state valutate attraverso una scala tipo Likert, attribuendo un punteggio numerico variabile da 1 (completo disaccordo) a 5 (completo accordo).

L'analisi statistica è stata condotta con il

software SAS (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina, USA). I test di Fisher e Wilcoxon sono stati impiegati ove appropriato. Nuove informazioni riguardo ai questionari sono disponibili previo contatto con gli autori

Risultati

Il 79.7% dei 75 questionari distribuiti è stato compilato (76.5% nella TI A e 82.8% nella TI B).

La popolazione di infermieri è composta principalmente da donne (81.4%) ed ha un'età media di 35.8 anni.

Il 51.9% degli infermieri ha un diploma regionale, il 48.1% ha una formazione di tipo universitario (diploma universitario o laurea triennale). Il 5.5% è in possesso di un master in area critica. L'83.3% dei soggetti ha un'esperienza lavorativa superiore ai 5 anni (media 12.4 anni) e il 75.5% lavora in area critica da più di 5 anni (media 8.9 anni).

Al gruppo di domande che ha indagato la presenza di un team nutrizionale in terapia intensiva e nell'azienda ospedaliera, tutti gli infermieri della TI A hanno risposto che all'interno della propria unità operativa esistono delle linee guida sulla nutrizione enterale ma il 96.1% lamenta la mancanza di un infermiere responsabile in questo campo (figura 1). Il 17.2% del personale infermieristico della TI B afferma che nella propria unità operativa sono presenti delle linee guida riguardanti la nutrizione enterale, il restante 82.8% ha fornito risposta negativa o non ha risposto. Sempre all'interno della TI B il 27.6% lamenta che in reparto non esista una figura responsabile, mentre il 72.4% non risponde.

Le due TI appaiono omogenee rispetto alla disponibilità di strumenti informativi.

La quasi totalità degli infermieri di entrambe le terapie intensive afferma, correttamente, che nella propria unità operativa non esiste un team nutrizionale (medico, infermiere e dietista). Solo il 30% è invece a conoscenza della presenza di un team dedicato alla nutrizione nel paziente critico all'interno dell'azienda ospedaliera.

Alle domande riguardo alla formazione professionale sulla NE è stato risposto che essa avviene mediante corsi di formazione ed educazione specifica sul campo (80%).

Riguardo alla percezione della responsabilità propria dell'infermiere in campo di NE, sul totale degli infermieri, il 41.8% si reputa sufficientemente autonomo nella valutazione dello stato nutrizionale del paziente, il 54.5% dichiara di essere in grado di valutare gli obiettivi nutrizionali, il 47.3% ritiene di riconoscere correttamente le complianze della NE. Il 43.6% considera una propria responsabilità la valutazione dell'efficacia del programma nutrizionale, ed il 38.2% si reputa responsabile dell'identificazione e prevenzione delle complicanze.

Alle domande sul *know-how* della valutazione di stato nutrizionale e pianificazione della gestione infermieristica, nella TI A circa il 60% degli infermieri lo valuta positivamente, al contrario nella TI B la maggior parte del personale si dimostra meno soddisfatto del proprio *know-how*. Tale dato sottolinea come la presenza di linee guida (TI A) o la loro assenza (TI B) possa influenzare il grado di soddisfazione delle conoscenze del personale.

Per quanto concerne la percezione della possibilità di approfondire la tematica all'interno del proprio reparto, il 38.2% è soddisfatto della documentazione sulla valutazione dello stato nutrizionale e sulla gestione delle complianze in uso presso la propria unità operativa. Anche in questo caso esistono delle differenze tra le due terapie intensive: il 50% degli infermieri della TI A contro il 30% nella TI B valuta positivamente gli strumenti formativi a disposizione in reparto.

La sezione del questionario rivolta alle pratiche assistenziali di gestione della nutrizione enterale ha evidenziato che l'80% di tutto il personale intervistato (senza differenze significative tra i due reparti) dichiara di procedere normalmente al lavaggio del SNG sia prima (52.7%) sia dopo (80%) la somministrazione di farmaci. Il 52.7% procede quotidianamente all'ispezione delle narici dei pazienti. La valutazione del ristagno gastrico è considerata una procedura essenziale dall'89.1% degli infermieri intervistati. La conferma del posizionamento dello SNG prima dell'avvio della NE viene abitualmente effettuata nel 73% dei casi. L'uso di una pompa peristaltica per la somministrazione della nutrizione è considerato indispensabile dalla totalità degli infermieri intervistati.

Infine alle domande che riguardavano la percezione del proprio livello di conoscenza della NE, in media il 45.4% degli infermieri intervistati ritiene che le proprie conoscenze siano sufficienti: con profonde differenze nelle due unità, infatti, il 73.1% nella TI A contro il 24.1% nella TI B ritiene di possedere conoscenze sufficienti. È però comune il desiderio di approfondimento in questo settore (72.1%).

Il punteggio totale medio ottenuto nella compilazione del questionario è di 111 (intervallo di confidenza, IC, 95% 108.17-113.82), con mediana 111, range interquartile, IQR, 106-118. Valutando separatamente i due reparti la media della TI A è di 114.15 (IC 95% 109.8-118.4), mentre quella della TI B è di 108.66 (IC 95% 104.9-112.4).

Secondo il test di Wilcoxon si evidenzia una differenza statisticamente significativa tra i punteggi medi ottenuti nella terapia intensiva A vs B ($p < 0.05$).

Discussione

Dall'analisi dei risultati emerge l'assenza di un team nutrizionale dedicato ai pazienti critici, anche se vi sono delle esperienze individuali di formazione in materia. L'importanza di fornire un corretto apporto calorico ai pazienti critici è ben sottolineata in letteratura e lo sviluppo di un team dedicato potrebbe sgravare di tale impegno il personale e determinare un beneficio sulla qualità delle cure. Inoltre il team nutrizionale, se inteso in senso multidisciplinare, potrebbe curare la formazione specifica sul campo e l'aggiornamento del personale. Nonostante la prescrizione nutrizionale sia un atto medico, il personale infermieristico intervistato manifesta un importante senso di responsabilità a tutti i livelli della programmazione nutrizionale: dalla stima del fabbisogno energetico, alla pronta identificazione delle complicanze ed alla loro gestione. In ultima analisi l'infermiere si sente profondamente coinvolto non solo nella gestione pratica della somministrazione enterale, ma anche nella parte ideativa del processo.

I risultati del questionario evidenziano uniformità nella gestione di base del paziente alimentato per via enterale: le conoscenze cui fanno riferimento gli infermieri in questo ambito sono quelle acquisite nei corsi di formazione. È stato inoltre fatto notare un buon livello di soddisfazione riguardo alla propria preparazione di base.

Nel reparto di TI A, dove è in uso un protocollo di gestione della NE, gli infermieri hanno dichiarato un più alto livello di soddisfazione riguardo alle proprie conoscenze in materia: la presenza di linee guida interne può infatti, essere al contempo protettiva e stimolante per il personale. Protettiva perché garantisce uniformità ed aggiornamento, stimolante perché impone l'adeguamento ai nuovi standard gestionali proposti in letteratura. La conferma dell'effetto positivo esercitato dalla presenza di un protocollo è messa in evidenza dai dati raccolti nella TI B dove, in mancanza di linee guida interne, il personale ha risposto lamentando difficoltà nell'attuazione e traduzione pratica del programma nutrizionale.

Infine, deve essere sottolineato che la

Figura 1: media, mediana e range interquartile dei punteggi ottenuti dagli infermieri nelle diverse sezioni del questionario

	MEDIA (IC 95%)		MEDIANA		25°-75° Percentile			
	T. I. A ¹	T. I. B	T. I. A	T. I. B	T. I. A		T. I. B	
					25°	75°	25°	75°
Punteggio B Conoscenza delle responsabilità relative alla nutrizione enterale	3.65 (±3.3-3.9)	4.1 (±3.58-4.78)	3.5	4	3	4	3	6
Punteggio C Fonti di conoscenza circa la nutrizione enterale	28.6 (±27.3-29.9)	28.1 (±27.36-29)	28.5	28	27	31	26	30
Punteggio D Responsabilità	29,2 (±27.46-30.95)	28 (±25.8-0.27)	28	28	26	33	26	33
Punteggio E Grado di soddisfazione sulle proprie conoscenze circa la valutazione dello stato nutrizionale e della pianificazione infermieristica	21,7 21.7 (±19.82-23.57)	17 (±14.78-19.21)	22.5	18	20	24	12	22
Punteggio F Pratiche assistenziali messe in atto per una corretta gestione della nutrizione enterale	32,45 (±31.58-33.1)	31,2 (±29.9-32.5)	33	32	31	33.5	29	34
PUNTEGGIO TOT	114.1 (±109.8-118.4)	108.6 (±104.9-112.4)	115	108	109.5	120.5	101	115

¹T. I. A: terapia intensiva A; T. I. B: terapia intensiva B

gestione pratica del paziente alimentato per via enterale è uniforme nei due reparti di terapia intensiva.

I limiti del nostro studio sono da evidenziarsi soprattutto nella modesta numerosità del campione e nella difficoltà di tradurre le esperienze mutuate da altri Paesi europei. I questionari erano infatti, stati ideati per profili professionali diversi dai nostri e servivano per verificare la bontà dell'attività di formazione sul campo.

Conclusioni

I punteggi totali ottenuti dagli infermieri hanno evidenziato un buon livello formativo sulla nutrizione enterale in terapia intensiva. È stata rilevata la mancanza di un team nutrizionale in entrambe le terapie intensive ed indirettamente di protocolli di gestione interna regolarmente aggiornati.

Bibliografia

1. YI-CHIA HUANG: *Malnutrition in the Critically Ill*. Nutrition 2001; vol.13 (3): 263-4.
2. E.S.P.E.N. KREYMANN K.G., BERGER M.M., DEUTZ N.E.P, et al.: *ESPEN guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care*. Clinical Nutrition 2006; 25: 210-223.
3. MARSHALL A. P., WEST S. H.: *Enteral feeding in the critically ill: Are nursing practices contributing to hypocaloric feeding?* Intensive and Critical Care Nursing 2006; 22: 95-105.
4. ROBERTS S. R., KENNERLY D. A., KEANE D. E CARON G.: *Nutrition support in the intensive care unit : adequacy, timeliness and outcomes*. Critical Care Nurse 2003; 23 n.6: 49-57.
5. PERSENIUS M. W., LARSSON B. W., HALL-LORD M. L.: *Enteral nutrition in intensive care Nurses' perceptions and bed side observations*. Intensive and Critical Care Nursing 2006 ; 22 : 82-94.
6. DOBSON K., SCOTT A.: *Review of ICU nutrition support practices: implementing the nurse-led enteral feeding algorithm*. British association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care 2007; vol 12 n. 3: 114-123.
7. ENGEL J. M., MÜHLING J., JUNGER A. et al.: *Enteral nutrition practice in a surgical intensive care unit: what proportion of energy expenditure is delivered enterally?* Clinical Nutrition 2003; 22 (2): 187-192.
8. DE JONGHE B., APPERE-DE-VECHI C.; FOURNIER, M. et al.: *A prospective survey*

of nutritional support practices in intensive care unit patients : what is prescribed? What is delivered? Critical Care Medicine 2001; 29 (1): 8-12.

9. BINNEKADE J.M., TEPASKE R, BRUYNZEEL P, et al.: *Daily enteral feeding practice on the ICU: attainment of goals and interfering factors*. Critical Care 2005; 9: R218-R225.
10. ISTA P., JASSIN S., NOEL F.E PREISER J. C.: *Management and knowledge of enteral nutrition in intensive care unit in a city in Belgium*. Nutrition in Clinical Practice 2002; 17:32-37.

11. PREISER J.C., BERRÉ J., CARPENTIER Y. et al.: *Management of nutrition in European intensive care units: results of a questionnaire*. Intensive Care Med 1999; 25: 95-101.

“Codice rosa” al Pronto soccorso per vittime di violenza in Toscana

Un “Codice rosa”, ovvero un percorso speciale per le vittime di violenza che arrivano al Pronto soccorso: donne, ma anche bambini, anziani, omosessuali, immigrati. È stato sperimentato per oltre un anno a Grosseto, e ora verrà esteso ad altre Asl toscane per un anno, per essere poi messo in atto in tutti i pronto soccorso della regione.

L'Assessore alla Salute e il Procuratore generale della Repubblica di Firenze hanno firmato un protocollo che prevede l'avvio del progetto in fase sperimentale a Lucca, Viareggio, Prato, Arezzo, Grosseto (dove il progetto pilota è già partito da un anno).

Nelle Asl, che sono state scelte per la peculiarità dei loro territori e la rappresentanza delle tre Aree vaste regionali, verrà creata una task force interistituzionale composta da operatori sanitari, forze dell'ordine e polizia giudiziaria, in grado di agire in sinergia e intervenire con professionalità e tempestività nei casi di violenza su vittime appartenenti alle fasce più deboli della popolazione. Il progetto ha il punto di forza nell'accoglienza delle vittime di violenza che arrivano al pronto soccorso e vengono identificate con un “codice rosa” che prevede un percorso riservato con immediata prestazione di cure mediche e sostegno psicologico, avviando contemporaneamente le indagini delle forze dell'ordine per l'identificazione degli autori delle violenze.

L'esperienza di Grosseto

Tra le prime sul territorio nazionale, l'esperienza di Grosseto ha preso il via nell'aprile 2010, con un protocollo siglato tra la Asl 9 e la Procura della Repubblica di Grosseto. Una task force costituita da 30 persone – magistrati, forze dell'ordine e personale sanitario del Centro di coordinamento vittime di violenza della Asl 9 – si attiva su ogni singolo caso, al momento in cui si verifica l'episodio di violenza. Tutti hanno partecipato a iniziative formative comuni e sono in grado di agire in stretta sinergia, per garantire interventi coordinati rapportandosi con le strutture presenti sul territorio. Il “percorso rosa” assicura alla vittima un'assistenza protetta, che garantisce privacy e incolumità fisica e psichica, oltre ad assicurare la massima rapidità di intervento nei confronti degli autori del reato. In poco più di un anno di attività, il “codice rosa” ha permesso l'emersione di oltre 300 casi di violenze, anche verso bambini, con apertura di procedimenti giudiziari e l'attivazione di azioni di sostegno della vittime. La collaborazione tra più Istituzioni, con diverse professionalità adeguatamente formate, è la strada per far emergere un fenomeno ancora troppo spesso nascosto.