

PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO 2019

Formazione sul Campo

GRUPPO DI MIGLIORAMENTO:

elaborazione protocollo per la prevenzione e la gestione delle lesioni da compressione in ambito neonatale

UOC NEONATOLOGIA

Responsabile Scientifico

Dott.ssa Susanna Di Valerio

Coordinatore

Dott.ssa Lorella Di Pietro

In ambito neonatale un problema infermieristico ancora poco esplorato è dato dalle Lesioni Da Compressione (LDC).

La cute del neonato viene così considerata come un organo particolare, fragile ed immaturo ed il rischio di sviluppare LDC è molto alto.

Diventa fondamentale la prevenzione, l'individuazione e la scelta delle strategie più appropriate sulla base di comprovata efficacia ed applicabilità nelle varie fasi di età gestazionale (se prematuro) fino alla dimissione.

I neonati presentano importanti fattori di rischio per lo sviluppo di LDC, in quanto sono più a rischio di disidratazione e dipendono totalmente dal CAREGIVER nell'esecuzione di tutte quelle opere assistenziali in grado di proteggere la cute da stimoli esterni dovuti all'utilizzo di indispensabili devices e specifici atti infermieristici.

Alla luce di tali considerazioni è fortemente condivisa la necessità di definire un protocollo per la prevenzione e la gestione delle lesioni da compressione.

In quest'ottica nasce il gruppo di miglioramento .

Metodologia e fasi di lavoro

Sono previsti 7 partecipanti ed il percorso durerà 15 ore nelle seguenti date :

02 / 04/ 09/ 11/ 16 Aprile–

Il gruppo si riunirà presso la UOC di Neonatologia 14.30 alle 17.30 .

Il Responsabile e Coordinatore del progetto non saranno presenti a tutte le riunioni ma il gruppo procederà alle attività di ricerca ed elaborazione solo dopo aver definito e condiviso con loro l'obiettivo .

Il gruppo formato da infermiere procederà a:

- analizzare il contesto
- identificare il problema
- scegliere le strategie
- predisporre la procedura
- indicare i risultati attesi
- elaborare il documento

L'Ufficio Formazione supporterà il gruppo di lavoro nella sua attività formativa, svolgerà attività di segreteria e lo proporrà all'accREDITAMENTO ministeriale.

La struttura formativa aziendale provvederà anche al controllo delle presenze .

Essendo un gruppo ristretto, costituito da professionisti di pari livello scientifico multidisciplinare, non è possibile somministrare test di valutazione di apprendimento , quindi la scelta più coerente e logica rimane quella dell'autovalutazione da parte dei singoli partecipanti .

Obiettivi

Affinchè la prevenzione delle UdP nei bambini sia efficace, è necessaria un'adeguata preparazione specifica degli infermieri e di tutto il personale di cura, inclusi i genitori specialmente nel caso di bambini affetti da patologia cronica e normalmente curati a casa

La presenza negli ospedali e nei reparti pediatrici di Infermieri referenti/specialisti nella gestione delle UdP può essere una misura utile a potenziare l'azione preventiva e di sorveglianza.

Il problema e la rilevanza delle ulcere da pressione (UdP) e delle altre lesioni cutanee iatrogene tra i pazienti in età evolutiva è spesso misconosciuto. Solo pochissimi studi sono disponibili sulla specificità pediatrica delle UdP (1-19); di essi, solo un numero molto piccolo si sono occupati di valutazione e prevenzione delle UdP (2,14,17,18) mentre la maggioranza è rappresentata da studi epidemiologici. I dati provenienti da questi ultimi -quasi tutti pubblicati negli ultimi anni mostrano che il fenomeno delle UdP tra i bambini è tutt'altro che trascurabile. La prevalenza di UdP in bambini ricoverati riportata dai vari studi varia dal 13.1 al 27.7% (1,7), anche se per la maggior parte (76-85%) si tratta di UdP di categoria I (7,9). Per quanto riguarda l'incidenza annua di nuove UdP, sono stati riportati valori oscillanti dal 4% fino al 18% tra i bambini ricoverati in terapia intensiva (2,9). Uno studio del 2009 condotto su bambini ospedalizzati di età compresa tra 0 e 11 anni ha identificato il 65% di loro come a rischio di sviluppare UdP (1). Fino al 66% delle UdP in bambini riportate negli studi si sono sviluppate durante la permanenza in un setting clinico. (9)

Specificità pediatriche

Ci sono alcune importanti caratteristiche che differenziano il bambino dall'adulto e che determinano quindi profili di rischio diversi e la necessità di un approccio differenziato al problema. Tali caratteristiche hanno la massima evidenza e rilevanza nel neonato e nel lattante e tendono, con la crescita e lo sviluppo, a differenziarsi progressivamente sempre meno da quelle dell'adulto: nel neonato e nel bambino piccolo la cute è più sottile e ha meno peli; lo strato corneo è meno sviluppato, c'è una minore coesione tra il derma e l'epidermide e i legami intercellulari sono più deboli; il bambino produce meno sudore e minori secrezioni sebacee; nel neonato poi il pH della pelle è neutro; (19, 20) infine, ma non meno importante, le proporzioni tra le parti del corpo sono diverse: alla nascita la testa rappresenta la parte maggiore della massa corporea, e progressivamente andrà assumendo con la crescita una dimensione proporzionalmente minore.

Nei primi mesi di vita dunque la testa sopporta una maggiore pressione rispetto al resto del corpo e la parte più pesante del corpo è quella rappresentata dai distretti superiori. (18, 19) Anche la mobilità volontaria ridotta è una caratteristica che incide rispetto all'adulto sul rischio e sulla prevenzione delle UdP.

Le proporzioni tra le parti del corpo e le caratteristiche della cute solitamente arrivano a coincidere con quelle adulte alla pubertà, rimanendo però una sostanziale differenza di massa corporea e di lunghezza.

Le aree maggiormente interessate dalle UdP nei bambini

secondo i vari studi, rispecchiano la diversa distribuzione del peso corporeo:

- l'area occipitale (12.7-19%), in particolar modo nei neonati e nei lattanti*
- le orecchie (9.5-33%)*
- il naso (3-9.5%)*
- i punti di appoggio di dispositivi e presidi (fino al 19%) (7,9,19)*

Le UdP localizzate nei distretti inferiori del corpo sono circa il 15% del totale (prevalentemente talloni e area sacro-coccigea).(7) Altri dati riportano una distribuzione del 31% di UdP sulla testa, 20% nell'area della seduta, 19% sui piedi (9)

I soggetti a maggior rischio di sviluppare UdP sono:

- i prematuri ed i neonati, in particolare quelli instabili e quelli sottoposti a ipotermia terapeutica*

- *i bambini ricoverati in terapia intensiva neonatale o pediatrica e quelli sottoposti ad intervento chirurgico*
- *i bambini con paralisi cerebrale infantile, distrofia muscolare ed altre affezioni neurologiche, in particolare quelle che possono determinare il mancato controllo dei movimenti e/o dei movimenti ripetitivi e incontrollati degli arti.*
- *i bambini con spina bifida*

I bambini sono esposti anche ai fattori di rischio generici degli adulti: l'immobilità, la ridotta perfusione tissutale, lo stato nutrizionale inadeguato per l'età, la presenza di infezioni, il peso eccessivo per l'età, l'umidità della cute, l'instabilità clinica.

Valutazione del rischio

Le scale per la valutazione del rischio di sviluppare UdP nei bambini sono di due tipi: di derivazione da scale dell'adulto ed elaborate originalmente per bambini

Al primo gruppo appartengono la Braden Q (21), la Braden Q Modificata (22) e la NSRAS (Neonatal Skin risk assessment scale) (23), al secondo la Glamorgan (24).

La tabella 1 riassume comparativamente le caratteristiche delle diverse scale

I dati sulla sensibilità e specificità riportati nella tabella consentono di raccomandare l'utilizzo delle seguenti scale:

Per i neonati: NSRAS (figura 1)

Per i bambini da 1 mese a 8 anni in Terapia intensiva: Braden QM (figura 2)

Per tutti gli altri bambini: Glamorgan (figura 3)

La valutazione del rischio deve essere fatta all'ammissione ed una volta per turno, e comunque quando le condizioni cliniche subiscono un mutamento significativo.

Valutazione delle lesioni

La valutazione della presenza di lesioni deve essere fatta all'ammissione ed una volta per turno e comunque quando le condizioni cliniche subiscono un mutamento significativo, dalla testa ai piedi, includendo una verifica di tutti i punti di appoggio cutanei dei presidi presenti sul bambino.

La classificazione delle lesioni da utilizzare è quella descritta dalle linee guida NPUAP (25)

Prevenzione

La prevenzione delle lesioni nei bambini che risultano a rischio di UdP deve includere:

- *Misure di riposizionamento*

Programmare dei riposizionamenti e cambi di posizione -se lo stato emodinamico lo consente- almeno ogni 2 ore, anche se il bambino si trova su di una superficie di supporto speciale. In particolare, la testa deve essere riposizionata ogni 2 ore. Per i riposizionamenti occorre garantire un numero adeguato di infermieri e/o l'uso di dispositivi per il sollevamento: per i bambini al di sotto degli 8 anni è generalmente sufficiente un solo infermiere.(20,26,27)

□ *Superfici speciali*

In generale, l'utilizzo nei bambini di superfici di supporto sia statiche che dinamiche progettate per gli adulti deve essere considerato inappropriato perché espone il bambino al rischio di incidenti ed è potenzialmente inefficace a causa della diversa distribuzione del peso e delle pressioni nel bambino (27). In generale le superfici per adulti possono essere usate nei bambini solo a partire dai 40 Kg di peso.

La letteratura non fornisce dati utili a stabilire se nei bambini siano più efficaci le superfici statiche o quelle dinamiche (a lento rilascio d'aria). Sembra però prudente suggerire l'utilizzo di supporti statici nei bambini a rischio che possono/riescono a muoversi autonomamente e di supporti dinamici nei bambini a rischio che non possono/riescono a muoversi autonomamente.

Se si utilizzano supporti statici le caratteristiche ottimali sembrano essere le seguenti (18,27)

- *Densità compresa tra 20 e 50 Kg/m³,*
- *Resistenza alla compressione tra 1 e 6 KPa*
- *Fattore di supporto compreso tra 1.5 e 6*
- *Spessore compreso tra 5 e 10 cm.*

Per tutti i tipi di supporto, sia statico che dinamico, la lunghezza massima del supporto secondo l'età del bambino deve essere quella riportata nella tabella 2.(18)

L'utilizzo delle superfici speciali non sostituisce le altre misure descritte ma deve essere abbinato ad esse.

□ *Tra le altre misure di prevenzione che hanno mostrato un qualche grado di efficacia, vi sono le seguenti (19,20,22,26,27):*

- o *Tenere la testata sollevata al massimo di 30° per non più di 2 h continuative*
- o *Applicare film trasparenti (es. Tegaderm) sulle aree cutanee sottoposte a frizione ed a maggior rischio di lesioni*
- o *Imbottire le prominenze a maggior rischio di lesioni, in particolare i talloni*
- o *Se possibile, tenere i talloni sollevati dal letto*
- o *Se vi è umidità consistente (sudore, incontinenza) programmare frequenti cambi di lenzuoli e pannolino ed usare creme barriera sulla cute non lesa.*
- o *Esplorare periodicamente il letto per la presenza di corpi estranei*
- o *Ridurre l'utilizzo di cerotti adesivi alla minima superficie necessaria*
- o *Mantenere sempre una igiene cutanea ottimale*
- o *Utilizzare cuscini gel a temperatura costante per la zona occipitale*