

IL NEONATO CHIRURGICO

COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE E APPROCCIO BIFOCALE

ABSTRACT

Il neonato chirurgico, particolare e frequente tipologia di neonato ricoverato in T.I.N. è tra le più difficili e coinvolgenti "persone" assistite dagli infermieri. La sua complessità rende indispensabile un approccio multi-disciplinare, multi-professionale e multi-dimensionale. Questo perché la "persona" assistita, costituita dalla diade "neonato-genitori", richiede una visione olistica "allargata" alla famiglia ed ai suoi bisogni espressi ed inespressi.

Le risposte umana ai problemi di salute emergenti di questa "persona" devono essere gestiti con interventi medico-collaborativi, ma soprattutto con l'infermieristica. L'uso di una terminologia standardizzata come le diagnosi NANDA, "agganciata" attraverso opportuni "link" a specifici Obiettivi (NOC) ed Interventi (NIC) infermieristici può rappresentare un avanzamento nella pratica infermieristica quotidiana di T.I.N.

KEY WORDS

Neonato chirurgico, T.I.N., Livello di dipendenza, Modello Bifocale, NANDA, NOC, NIC.

Multi-disciplinarità, multi-professionalità e...

L'assistenza in T.I.N. (Terapia Intensiva Neonatale) rappresenta uno tra i più stimolanti e fecondi ambiti di azione infermieristica. È l'"oggetto" stesso dell'assistenza, la "persona" che gli infermieri assistono, a richiede il massimo impegno di tutti gli attori sanitari coinvolti. Il neonato critico, per la sua fragilità intrinseca spesso associata alla compresenza di gravi deficit multi-organo (soprattutto se grave prematuro, ossia di peso inferiore al 1500 gr. e alle 32 settimane, ancor più se prematuro estremo (peso inferiore ai 1000gr ed età gestazionale (E.G.) < 28 sett.) o estremissima (peso inferiore ai 750gr ed E.G. < 25sett.) è un "malato" altamente complesso e "tale complessità, associata alle numerose opzioni terapeutiche, richiede necessariamente un

approccio multidisciplinare"^[1]. Non solo per "massimizzare le possibilità di successo bisogna che il neonatologo, il chirurgo pediatrico, l'infermiere, il fisioterapista, il dietologo (citando solo alcuni) devono usare la loro *collettive expertise*"^[2]. In un recente convegno su "Il neonato chirurgico prima, durante e dopo l'intervento" esordivo così: "il neonato chirurgico esige un approccio: multi-disciplinare, multi-professionale e multi-dimensionale"^[3]. Quanto alla multi-disciplinarità e alla multi-professionalità è stato appena detto, ma cosa intendendo per multi-dimensionalità?

Un passo indietro: in principio era... la T.I.N.

Una T.I.N. è prima di tutto una struttura di Terapia Intensiva dove il momento tecnico è estremamente "spinto", basti

pensare all'uso intensivo di tecnologie biomedicali di supporto vitale come: i ventilatori meccanici (sia convenzionali, che a ventilazione oscillatoria ad alta frequenza), gli erogatori di Ossido Nitrico, le incubatrici (che consentono di regolare e monitorare parametri microclimatici quali la temperatura, l'umidità e la concentrazione di ossigeno dell'aria ambiente), le pompe infusionali volumetriche e peristaltiche a microdosaggio (e la relativa competenza nella preparazione e somministrazione dei farmaci e gestione delle numerose linee infusionali), i monitor multiparametrici (oltre ai comuni parametri vitali: FC, FR, TC, PA, (Invasiva o non invasiva), vengono misurate l'O₂ e la CO₂ transcutanea, la frazione inspiratoria di NO (ossido nitrico), l'end tidal CO₂ (ETCO₂), le lampade per fototerapia, gli aspiratori endocavitari a basso

flusso, e via dicendo. Una T.I.N è una struttura neonatale, in quanto i "ricoverati" sono neonati. Non neonati sani, come fortunatamente avviene nella stragrande maggioranza delle nuove nascite, bensì neonati affetti da: prematurità, sindrome da distress respiratorio, patologie e/o malformazioni congenite maggiori. Quest'ultimi, che necessiteranno di un intervento chirurgico maggiore, secondo dati tratti dalla letteratura internazionale, rappresentano il 3% dei nati vivi ed il 22% delle cause di morte neonatale^[4]. I neonati chirurgici rappresentano da soli poco meno di 1/3 del totale dei neonati ricoverati nelle TIN (27%), e cumulano circa il 32% delle giornate totali di ricovero ed il 40% dei costi sostenuti da una TIN^[5].

Complessità assistenziale

Per le sue condizioni cliniche il neonato chirurgico necessita da un lato, di assistenza e terapie di stabilizzazione e procedure infermieristiche complesse nelle 48 ore che precedono e seguono l'intervento, nonché di supporto ventilatorio, dall'altro, di interventi (che si possono protrarre per molti giorni o settimane) quali: la Nutrizione Parenterale Totale, la gestione di eventuali (e frequenti) stomie (tracheale, esofagea, gastrica, dell'ileo, colon, rene,...) e/o drenaggi (toracico, peritoneale,...), l'apporto di liquidi esclusivamente per via EV. Per le prime due citate condizioni cliniche il neonato viene considerato "a massimo impegno assistenziale" (il cosiddetto Livello 1, o livello A, delle due principali scale di misurazione del livello di Dipendenza dei neo-

MOBILITÀ

Novelli Fabiola

Cell. 333-2898395
fc:novelli@tiscali.it
Montecastrilli (Tr)
da ASL 2 Perugia
a ASL 4 Terni

Ottaviani Aldarita

Cell. 339.8963313
nicaldadelfino@libero.it
Via Baldeschi - Sigillo (Pg)
da ASL 3 Foligno
a ASL n. 1

Ceccaglioni Riccardo

Cell. 340.4762809
checco1973@alice.it
Via Marconi, 11
S. Giustino (Pg)
da ASL n. 2
a Azienda Perugia ASL 1
USL n. 8 Arezzo

Cortini Francesco

Cell. 339.4142536
Via Lazzeri, 8
Bagno a Ripoli (Fi)
da Azienda n. 10 Firenze
c/o Nuovo ospedale
a Azienda Perugia

Vasile Leontin Haidu

Cell. 393.6199241
leonardogubbio@yahoo.it
Largo S. Prove - Gubbio (Pg)
da ASL n. 3
a ASL n. 1 - Umbria
ASL n. 6 - Fabriano (An)

Sensidoni Federica

federicasensidoni@libero.it
Via M. Orve, 37 - Foligno (Pg)
da Azienda Perugia
a ASL n. 3

Picone Daniela

Cell. 331.8102269
daniela.picone@libero.it
Via Campo di Marte - Perugia
da Azienda Catanzaro 118
a Azienda Perugia

Giommetti Francesco

Cell. 333.5274350
monnezza76@aliceposta.it
Via P. Nenni, 9 - Corciano (Pg)
da Azienda Perugia
a ASL n. 2 Perugia ●

nati in TIN)^[6,7] ovvero per le altre condizioni cliniche "ad elevato impegno assistenziale" (Livello 2 o livello B). La misurazione, attraverso le Dependency Level Scales, associata alla previsione di un adeguato "staff ratio" (rapporto tra neonati assistiti e infermieri) consente di prevedere il "peso" assistenziale e di conseguenza di programmare, organizzare e gestire (sic!) la risorsa umana necessaria per un'assistenza quantitativamente adeguata e qualitativamente elevata. Se si considera che la più avveduta e recente produzione scientifica in materia, agli attuali rapporti Infermiere/Neonati 1:2 per i neonati I.C. (Intensive Care = a massimo impegno assistenziale) e 1:3 per i neonati H.D.C. (Higt Dependency Care = ad alto impegno assistenziale) propone rapporti di staff ratio più stretti, rispettivamente 1:1 (per I.C.) e 1:2 (per H.D.C.), è comprensibile il grado di impegno assistenziale (spesso super-impegno!) richiesto al team infermieristico per assistere tali neonati.

...e multi-dimensionalità

La TIN, quindi, è una Terapia Intensiva, è una terapia intensiva Neonatale, più brevemente una Rianimazione, ma inevitabilmente una rianimazione "aperta". Infatti, come ben sanno gli studenti di infermieristica, ostetricia o medicina, che hanno l'avventura (e la fortuna) di frequentare un reparto di questo tipo, la "persona" assistita (che per scelta professionale e personale non chiamo mai "paziente", né tanto meno "utente" o peggio "cliente") è costituita dalla diade "Neonato-Genitori" o, che è lo stesso, dalla triade "Neonato-Madre-

Padre". Ecco allora che ai numerosi momenti e "gesti" tecnici intensivi ed avanzati, si devono necessariamente affiancare abilità di counselling ed elevate competenze relazionali ed educative. Se l'azione assistenziale sul neonato è tesa a rianimare, stabilizzare e supportare le funzioni vitali del neonato, l'azione sui genitori (e la madre in particolare) è centrata sul sostegno psicologico, sulla relazione e l'interazione emozionale: non è difficile immaginare quanto sia "devastante" e "drammatico" il vissuto di un genitore (e degli altri familiari) di un neonato ricoverato in una rianimazione e quali "ferite" può lasciare una tale esperienza. Non solo. La presenza (quasi) costante dei genitori accanto al loro figlio è una condizione indispensabile per facilitare lo sviluppo successivo del neonato, migliorarne l'outcome e in definitiva, favorire al massimo la qualità di vita del bambino che diventerà e della sua famiglia.

L'approccio bifocale

In un contesto così complesso e difficile, il "modello Bifocale"^[8] di Linda J. Carpenito ben si adatta alla pratica clinica e descrive efficacemente i due centri di attenzione dell'infermiere: quello che vede l'infermiere, da una parte, in veste di operatore "prescrittore" autonomo e, dall'altra, in veste di collaboratore di altri professionisti. Nel proprio ambito di autonomia, l'infermieristica "consiste nella diagnosi e trattamento della risposta umana ai problemi di salute, attuali o potenziali"^[9], mentre nella funzione di collaboratore, l'infermiere controlla la

comparsa o le modificazioni di determinate condizioni cliniche ed interviene secondo precise prescrizioni prevalentemente mediche^[8]. A puro titolo di esempio di seguito sono riportati i principali "problemi collaborativi", espressi come Complicanze Potenzialmente (C.P.), che l'infermiere di TIN si trova frequentemente a trattare dietro stretta prescrizione medica^[10]:

- *CP della prematurità*: acidosi, apnea, bradicardia, stress da raffreddamento, iperbilirubinemia, ipocalcemia, ipoglicemia, polmonite, rds, convulsioni, sepsi,...
- *CP delle infezioni in utero*: anemia, patologie cardiache congenite, sordità, epatosplenomegalia, idrocefalo, iperbilirubinemia, setticemia, CID, convulsioni,...
- *CP del neonato piccolo per l'età gestazionale*: sindrome da aspirazione, ipocalcemia, ipoglicemia, ipotermia, asfissia perinatale, pollicitemia,...
- *CP di adattamento alla vita extrauterina*: sanguinamento, stress da freddo, malattie emorragiche del neonato, iperbilirubinemia, ipoglicemia, polmonite da aspirazione da meconio

E in caso di assistenza ad un neonato affetto da problematiche chirurgiche:

- *CP della chirurgia*: deiscenza, eviscerazione, formazione di fistola, emorragia, ileo paralitico, peritonite, embolia polmonare, insufficienza renale, ritenzione urinaria, tromboflebite;
- *CP dell'anestesia generale*: polmonite da stasi, ipotermia;

- *CP della chirurgia del collo*: ostruzione delle vi aeree, aspirazione, formazione di fistola, emorragia, infezione, stenosi tracheale;
- *CP della chirurgia dell'occhio*: sanguinamento, infezione, distacco di retina;
- *CP della urostomia / nefrotomia*: necrosi dello stomaco, stenosi, ostruzione;
- *CP dell'innesto di cute*: edema, necrosi dei lembi, ematoma, infezione;

Da notare come i problemi collaborativi sono tutti centrati su una possibile complicanza legata alla "patologia", mentre le diagnosi infermieristiche, oltre a problemi di salute legati ad alcune funzioni vitali, possono ben descrivere le condizioni di tipo psicologico e sociale concentrandosi, quindi, sulla "persona". Ecco allora che problemi frequentemente osservati in TIN come: *Rischio di compromissione del ruolo genitoriale, Ansia, Paura, Lutto anticipato, Lutto disfunzionale, Rischio di compromesso attaccamento genitore/neonato, Tensione nel ruolo di caregiver, Inefficace gestione del regime terapeutico, Coping compromesso della famiglia*, possono essere riconosciute ed identificate, attraverso un giusto inquadramento diagnostico infermieristico.

Può così strutturarsi efficacemente e coerentemente una pianificazione infermieristica (piano di nursing) che partendo da una attenta fase di accertamento (raccolta dati) e diagnosi infermieristica (identificazione delle risposte umane ai problemi di salute, o in altri termini dei "bisogni"), passando attraverso la previsione di obiet-


tivi-risultati, perseguiti con una pianificazione di interventi mirati, giunge alla verifica del raggiungimento degli obiettivi/risultati di salute finali.

Questa pianificazione può essere utilmente (e ambiziosamente) costruita facendo ricorso coerentemente ad un linguaggio standardizzato a livello internazionale. Sia nella fase diagnostica con le diagnosi infermieristiche della NANDA International (Tassonomia II)^[11], sia in quella della previsione degli obiettivi/risultato, che della pianificazione/attuazione degli interventi con l'uso della Classificazione degli obiettivi infermieristici (Nursing Outcomes Classification - NOC)^[12] e degli Interventi infermieristici (Nursing Interventions Classification - NIC)^[13] dell'Iowa Nursing Project. Il tutto anche attraverso l'implementazione e l'adattamento dei "linkages" tra diagnosi-obiettivi-interventi così come studi recenti stanno proponendo^[14].

Per quanto riguarda l'uso delle diagnosi infermieristiche secondo la classificazione NANDA a tutt'oggi "sono poche le pubblicazioni che hanno descritto l'esperienza degli infermieri neonatologi nell'applicazione o nello studio delle diagnosi"^[15]. Jensen (1990) ha studiato, in una popolazione di 37 neonati ricoverati in TIN, l'applicabilità di 66 diagnosi infermieristiche (D.I.)^[16]. Vieira e Rossi (2000) analizzando 35 puerpere hanno identificato 9 diagnosi presenti in oltre il 50% delle donne studiate^[17]. Analoghi studi sono stati condotti da Carrion P.G. et al.^[18], Vale I.N.^[19], Nogueira do Vale I. et al.^[15]. Recentemente nella TIN dell'Azienda

da Ospedaliera di Perugia, è stata sperimentata una scheda di accertamento infermieristico basata sui problemi di salute attuali o emergenti, suddivisi secondo gli 11 modelli funzionali di salute di Gordon e correlabili a 37 diagnosi infermieristiche prioritarie (NANDA) selezionate per descrivere i principali problemi gestiti dagli infermieri. Lo studio è stato notevolmente facilitato dal concomitante progetto aziendale di "Miglioramento della documentazione clinica" in cui è stato strategicamente inserito. Il passo successivo, quello della pianificazione per obiettivi (NOC) ed interventi (NIC) standardizzati è in fase di attuale sperimentazione e sono sicuro che gli infermieri della TIN sapranno vincere anche questa nuova sfida.

Ringraziamenti

Ringrazio tutti i sanitari con cui ho condiviso un'esperienza inimmaginabile dal punto di vista umano e professionale, soprattutto ed in particolar modo gli infermieri, le infermiere e le O.S.S., della Terapia Intensiva Neonatale di Perugia che, per cinque anni, ho avuto il piacere di conoscere e l'onore di coordinare. 

Bibliografia

- [1] SILVERMAN G.A., SHAMBERGER R.C., FOREWORD, in HANSEN A.R., PUDER M., *Neonatal Surgical Intensive Care*, BC Decker, 2003.
- [2] HANSEN A.R., PUDER M., *Neonatal Surgical Intensive Care*, BC Decker, 2003.
- [3] RAMACCIATI N., *L'infermiere nell'assistenza al neonato chirurgico*, relazione presentata al convegno, Perugia 30 settembre 2006.

[4] MMWR Trends in infant mortality attributable to birth defects: United States 1980-1995, *Morb Mortal Wkly Rep.*, 1998, in MERENSTEIN G.B., GARDNER S.L., *Neonatal Intensive Care*, Mosby, 2006.

[5] LINDOWER J. ET AL., *Outcomes and resource utilization for newborns with major congenital malformations*, J. Perinatol, 1999 in Merenstein G.B., Gardner S.L., *Neonatal Intensive Care*, Mosby, 2006.

[6] Northern Neonatal Network, *Measuring neonatal nursing workload*, *Arch. Dis. Child.*, (67): 868-9, 1993.

[7] British Association of Perinatal Medicine, *Standards for hospitals providing neonatal intensive and high dependency care. Categories of babies requiring neonatal care*, 2001.

[8] CARPENITO-MOYET L.J., *Diagnosi infermieristiche Applicazione alla pratica clinica*, 2° ed., Casa Editrice Ambrosiana, 2004.

[9] American Nurse's Association-A.N.A., *A Nursing Social Policy Statement*, A.N.A., 1985.

[10] WILKINSON J.M., *Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC*, Casa Editrice Ambrosiana, 2005.

[11] N.A.N.D.A.-North American Nursing Diagnosis Association, *Tassonomia II*, N.A.N.D.A., 2004.

[12] MOOREHEAD S., MAAS M., JOHNSON M., (Eds). *Nursing outcomes classification (NOC) (3rd ed.)* Mosby, 2003.

[13] DOCHTERMAN J. & BULECHECK H. (Eds). *Nursing interventions classification (NIC) (4th ed.)* Mosby, 2004.

[14] JOHNSON M., BULECHECK H., DOCHTERMAN J., MAAS M., MOORHEAD S., ET AL. *NANDA, NOC, and, NIC linkages: Nursing Diagnoses, outcomes, & interventions (2nd ed.)* Mosby, 2006.

[15] NOGUEIRA DO VALE I., ET AL., Nursing diagnoses identified during parent group meetings in a neonatal intensive care unit, *J. Nursing Termin and Classif* 3-4 (16): 65-73, 2005.

[16] JENSEN D.J.H., *The applicability of nursing diagnoses in the neonatal intensive care unit*, *Neonatal Network*, 9 (2): 25-29, 1990.

[17] VIEIRA C.S., ROSSI L.A., NANDA nursing diagnoses in mothers with a hospitalized preterm child in an NICU, *Rev. Lat. Amer. Enferm.*, (8): 110-116, 2000.

[18] CARRION P.G. ET AL., NANDA Nursing diagnoses identification and validation in a neonatal unit, *Pediatric Nursing*, (23): 351-358, 1997.

[19] VALE I.N. *Risk for ineffective breastfeeding: a definition for nursing diagnosis*, Tesi, Università di San Paolo, 1999.