

La gestione infermieristica dell'interfaccia NIV

Cristina Bianchi

Negli ultimi anni la ventilazione non invasiva (NIV) è diventata un trattamento terapeutico fondamentale nella gestione dell'insufficienza respiratoria, acuta e cronica, e sebbene il suo utilizzo fu inizialmente destinato alle unità di Terapia Intensiva, oggi giorno è comune trovarla in tutti i *setting* di cura.

La competenza e l'esperienza del *team* interprofessionale diventano, pertanto, decisive per il raggiungimento dell'adattamento alla NIV e degli *outcome* di salute perché il loro successo si raggiunge mediante la scelta più appropriata dell'interfaccia, della modalità/regolazione della ventilazione e dello stretto monitoraggio in sede ospedaliera.

Sebbene la NIV sia un trattamento medico, gli infermieri ne verificano l'efficacia occupandosi degli aspetti assistenziali correlati giocando così un ruolo fondamentale, delicato e complesso allo stesso tempo, per il successo della terapia.

Un'attenzione particolare va posta sulla scelta e sulla gestione dell'interfaccia da

utilizzare perché il risultato della ventilazione meccanica non invasiva può essere maggiormente influenzato dalla corretta scelta dell'interfaccia che dalla modalità ventilatoria, sia in acuto sia nel contesto domiciliare dove il comfort assume maggiore importanza.¹

Il rifiuto di una maschera, infatti, condizionerà in modo negativo l'efficacia della terapia e il paziente probabilmente non vorrà più sottoporsi a ulteriori cicli di ventilazione.

In commercio esistono diverse tipologie di interfacce: boccaglio, nasale, *pillow* (cuscinetti nasali), oro-nasale, *full-face* e casco. Ognuna di esse ha diverse taglie, esattamente come gli abiti, perché possano aderire perfettamente al volto del paziente evitando di creare fughe d'aria o fastidi inutili a suo carico. Ogni interfaccia ha poi vantaggi e svantaggi che l'infermiere deve conoscere per poter personalizzare quanto più possibile la terapia al paziente che la riceverà.

Nonostante esistano linee guida internazionali, mancano raccomandazioni specifiche per guidare la scelta tra le varie interfacce della NIV, a causa dell'assenza



SlezakPatrik

di prove empiriche, e forse questo spiega perché il successo della NIV dipenda così fortemente dalle competenze e dall'esperienza del personale medico e infermieristico. Ciascuna interfaccia ha peculiarità specifiche che devono essere valutate correlandole alle caratteristiche clinico-assistenziali di ciascun paziente sottoposto a NIV, ma possiamo raggruppare le sue caratteristiche ideali nelle 3 G: giusta forma, giusta misura e giusta aderenza.

Altra caratteristica dell'interfaccia è la cuffia, ovvero le cinghie che permettono di tenere salda la maschera al volto del paziente. I lacci della cuffia reggi-maschera in stoffa non devono mai essere tirati eccessivamente per evitare lesioni da pressione e bisogna sempre controllare che il velcro dei lacci sia ancora funzionale evitando, cosa capitata nella realtà, l'adozione di tecniche quanto mai fantasiose per tenerla ferma sul volto (spille da balia, etc.).

Ma basta una sola maschera per ogni paziente? La risposta è no, perché qualora, inavvertitamente, la maschera dovesse rompersi, se non si riuscisse più ad assemblarla correttamente o se il paziente avesse lesioni da pressione sui punti di appoggio diventa indispensabile averne a disposi-

zione un'altra al fine di poter avviare prontamente la NIV in tutti gli scenari clinici possibili.

Gli effetti collaterali e le complicanze della NIV possono essere raggruppati in tre categorie: relativi alla maschera, alle pressioni, al flusso e alle perdite d'aria. Quelli inerenti all'interfaccia sono il fatto di poter causare *discomfort* (30-50%), eritema facciale (20-34%), claustrofobia (5-10%), lesioni da pressione nei punti di appoggio e *rash* acneiforme (5-10%) (Figura 1).

Le lesioni da pressione sono state per anni l'effetto collaterale più serio con un'incidenza variabile tra 5-30% dei pazienti che



Figura 1. Paziente con lesioni da pressione nei punti di appoggio della maschera NIV.

aumenta al 50% dopo poche ore; le lesioni cutanee possono manifestarsi in quasi il 100% dei pazienti dopo 48 ore ininterrotte di NIV con maschera.²

Esse sono dovute all'eccessiva pressione eseguita dalle maschere con lo scopo di evitare le perdite di aria ma si possono prevenire applicando delle protezioni, come idrocolloidi o medicazioni in silicone a livello della sella nasale e della fronte.^{3,4}

La pulizia e l'igiene delle maschere, l'asepsi della cute, l'uso di misure corrette e la rotazione delle diverse interfacce che consentono la variazione dei punti di appoggio alla cute sono altri semplici accorgimenti che prevengono l'insorgenza di complicanze legate al trattamento.

Al termine di ogni ciclo di ventilazione è sempre necessario lavare la maschera e i suoi componenti con saponi detergenti senza alcool che sgrassino il sebo che si è creato sul cuscino interno in silicone o in gel e sullo scheletro trasparente. La maschera altrimenti non aderirà più perfettamente e scivolando creerà perdite d'aria che, nel peggiore dei casi, verranno risolte tirando sempre più le cinghie della cuffia provocando una cascata di eventi che culmineranno inevitabilmente in una lesione.

Oltre al ruolo tecnico, l'infermiere non deve mai dimenticare la sua funzione educativa rivolta sia al paziente che al *caregiver*. Si deve pertanto fare attenzione alle esigenze e ai problemi del paziente, che va coinvolto nel piano di cura, spiegando i benefici e i problemi del trattamento e la gestione della maschera perché la *compliance* è legata anche al problema psicologico, che è assai importante; il paziente, infatti, è parte attiva e non passiva del trattamento.

Gestire l'interfaccia e migliorare l'adattamento del paziente alla NIV diventa fondamentale per assicurare il successo te-

rapeutico. Capita, talvolta, che l'infermiere sottovaluti il ruolo basilare che ricopre in queste situazioni cliniche dimenticando quanto l'assistenza erogata entri nel dettaglio e colga sfumature che spesso sfuggono agli altri professionisti. In questo modo l'infermiere ricopre il ruolo di "punto di riferimento" per accompagnare il paziente e il *caregiver* verso risultati di salute.

Bibliografia

- 1) NAVALES P, FANFULLA F, FRIGERIO P, ET AL. *Physiologic evaluation of noninvasive mechanical ventilation delivered with three types of masks in patients with chronic hypercapnic respiratory failure*. Crit Care Med 2000;28:1785-90
- 2) BRILL AK. *How to avoid interface problems in acute noninvasive ventilation*. Breathe 2014;10:230-42.
- 3) RESTA G. *La ventilazione non invasiva: gestione infermieristica della NIV*. 2014. <https://www.infermieristica.it/articolo/4491/la-ventilazione-non-invasiva-gestione-infermieristica-della-niv/>
- 4) European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), PanPacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione: guida rapida di riferimento*. Osborne Park, Australia: Cambridge Media, 2014.