

Linee-guida per la prevenzione delle infezioni associate all'uso dei dispositivi per accesso vascolare



Available online at www.sciencedirect.com

Journal of Hospital Infection

Journal homepage: www.elsevierhealth.com/journals/jhin



epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England

H.P. Loveday^{a*}, J.A. Wilson^a, R.J. Pratt^a, M. Golsorkhi^a, A. Tingle^a, A. Bak^a, J. Browne^a, J. Prieto^b, M. Wilcox^c

^a Richard Wells Research Centre, College of Nursing, Midwifery and Healthcare, University of West London (London).

^b Faculty of Health Sciences, University of Southampton (Southampton).

^c Microbiology and Infection Control, Leeds Teaching Hospitals and University of Leeds (Leeds).

Livelli di evidenza degli studi clinici

- 1++ Meta-analisi di alta qualità, revisioni sistematiche di RCT oppure RCT con rischio minimo di errore statistico
- 1+ Meta-analisi ben condotte, revisioni sistematiche o RCT con un basso rischio di errore statistico
- 1- Meta-analisi, revisioni sistematiche o RCT con elevato rischio di errore statistico
- 2++ Revisioni sistematiche di alta qualità di studi casi-controllo o studi prospettici Studi casi-controllo di alta qualità o studi prospettici con minimo rischio di errore statistico ed alta probabilità di risultati non casuali. Casistiche consecutive interrotte con gruppo di controllo: (i) se è chiaro e ben definito il momento dell'intervento; e se vi sono almeno tre momenti di raccolta dati prima dell'intervento e almeno tre dopo
- 2+ Studi casi-controllo ben condotti o studi prospettici con basso rischio di errore statistico e modesta probabilità di risultati non casuali. Studi con controllo prima-dopo con due o più momenti di intervento e di controllo
- 2- Studi casi-controllo o studi prospettici con alto rischio di errore e statistico e alta probabilità di risultati casuali. Casistiche consecutive interrotte senza gruppo di controllo: se è chiaro e ben definito il momento dell'intervento; e se vi sono almeno tre momenti di raccolta dati prima dell'intervento e almeno tre dopo Studi con controllo prima-dopo con un solo momento di intervento e controllo.
- 3 Studi non-analitici (es. studi non controllati prima-dopo, casi clinici isolati, casistiche cliniche)
- 4 Opinione di esperti. Legislazione.

Classificazione delle raccomandazioni

- A Almeno una meta-analisi, o revisione sistematica o RCT classificati come 1++ e direttamente applicabili alla popolazione in questione; oppure: un insieme di evidenze costituito principalmente da studi classificati come 1+ direttamente applicabili alla popolazione in questione e tra loro coerenti in termini di risultati
- B Un insieme di evidenze costituito da studi classificati come 2++, direttamente applicabili alla popolazione in questione e tra loro coerenti in termini di risultati; oppure: evidenza estrapolata da studi classificati come 1++ o 1+
- C Un insieme di evidenze costituito da studi classificati come 2+, direttamente applicabili alla popolazione in questione e tra loro coerenti in termini di risultati; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2++
- D Livelli di evidenza 3 o 4; oppure, evidenze estrapolate da studi classificati come 2+
- GPP Raccomandazioni di buona pratica clinica formulate sulla base di esperienze cliniche del Guideline Development Advisory Points Group e di preferenze ed esperienze dei pazienti
- IP Raccomandazioni del NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) riguardo alle procedure interventistiche

Formazione degli operatori sanitari e dei pazienti

- N° 1 Gli operatori sanitari che assistono i pazienti con cateteri vascolari devono essere addestrati all'utilizzo di tali dispositivi; inoltre, devono essere specificamente valutati nella loro competenza in proposito; infine, devono adottare in modo costante le procedure per la prevenzione delle infezioni batteriemiche catetere-correlate. Classe D/GPP
- N° 2 Al fine di assicurare un utilizzo sicuro dei dispositivi, gli operatori sanitari devono essere a conoscenza delle raccomandazioni dei produttori relativamente ad ogni catetere, alla connessione e al tempo di permanenza delle linee infusionali, nonché alla compatibilità di tali dispositivi con gli antisettici e con altri liquidi. Nuova raccomandazione Classe D/GPP
- N° 3 Prima della dimissione, i pazienti con catetere intravascolare e i loro caregivers dovrebbero essere edotti sulle tecniche per prevenire le infezioni e sulla gestione corretta del dispositivo. Classe D/GPP

Norme generali di asepsi

- N° 4 Le mani dovrebbero essere decontaminate con gel a base alcolica oppure con sapone liquido e acqua nel caso in cui siano sporche o potenzialmente contaminate con sangue o fluidi biologici; ciò dovrà essere fatto prima e dopo ogni contatto con il catetere vascolare e con il suo sito di emergenza. Classe A
- N° 5 La tecnica antisettica va adottata durante l'inserzione, la gestione di qualunque dispositivo intravascolare e ogni volta che si somministrano soluzioni o farmaci per via endovenosa. Classe B

Selezione del tipo di catetere

- N° 6 E' bene utilizzare dispositivi intravascolari con il minor numero possibile di porte o di lumi, compatibilmente con le necessità cliniche del paziente. Classe A
- N° 7 Quando si somministrano soluzioni di nutrizione parenterale con lipidi o altre soluzioni contenenti lipidi, è bene riservare a tale soluzione un lume dedicato. Classe D/GPP
- N° 8 Nei pazienti in cui è richiesto un accesso venoso a lungo-termine, usare un dispositivo per accesso venoso centrale tunnellizzato-cuffiato oppure un port. Classe A
- N° 9 Usare un PICC quando è richiesto un accesso venoso discontinuo a medio- termine. Nuova raccomandazione Classe D/GPP
- N° 10 Usare dispositivi per accesso venoso centrale impregnati di antimicrobici nei pazienti adulti nei quali si pensa che il catetere venoso centrale debba rimanere in situ oltre 5 giorni, qualora l'incidenza di CRBSI rimanga al di sopra dei livelli di guardia nonostante l'implementazione di una strategia globale per ridurre le infezioni catetere-correlate. Classe A

Selezione del sito di inserzione del catetere

- N° 11 Nella selezione del sito di impianto appropriato, soppesare il rischio di infezione rispetto al rischio di complicanze meccaniche ed al comfort del paziente. Classe D/GPP
- N° 12 Usare le estremità superiori per il posizionamento dei cateteri non-tunnellizzati, a meno di controindicazioni mediche. Classe C

Massime precauzioni di barriera durante l'impianto del catetere

- N° 13 Usare le massime precauzioni sterili di barriera durante l'inserzione di dispositivi per accesso venoso centrale. Classe C

Antisepsi cutanea

- N° 14 Prima di inserire un dispositivo per accesso vascolare centrale, decontaminare la cute a livello del sito d'impianto con un applicatore monouso di clorexidina gluconata al 2% in alcol isopropilico al 70% (oppure iodio-povidone in soluzione alcolica in pazienti con sensibilità alla clorexidina) e lasciare asciugare. Classe A
- N° 15 Prima di inserire un dispositivo per accesso vascolare periferico, decontaminare la cute a livello del sito d'impianto con un applicatore monouso di clorexidina gluconata al 2% in alcol isopropilico al 70% (oppure iodio-povidone in soluzione alcolica in pazienti con sensibilità alla clorexidina) e lasciare asciugare. Nuova raccomandazione Classe D/GPP
- N° 16 Non applicare routinariamente pomate antimicrobiche sul sito di emergenza del catetere al momento dell'impianto allo scopo di prevenire le infezioni batteriemiche catetere-correlate. Classe D/GPP

Gestione del Catetere e del Sito di Emergenza

- N° 17 Usare una medicazione sterile, trasparente, semipermeabile in poliuretano per coprire il sito di emergenza dei cateteri intravascolari. Classe D/GPP
- N° 18 Le medicazioni trasparenti, semipermeabili in poliuretano devono essere sostituite ogni 7 giorni, o prima, se non rimangono intatte o se si raccoglie umidità al di sotto. Classe D/GPP
- N° 19 Usare una medicazione in garza sterile in pazienti con profusa sudorazione o quando il sito d'impianto è sanguinante o sede di perdite, e cambiarla quando è necessario ispezionare il sito o quando la medicazione s'inumidisce, si allenta o si sporca. Sostituire con una medicazione trasparente, semipermeabile appena possibile. Classe D/GPP
- N° 20 Prendere in considerazione l'uso dei feltrini a rilascio di clorexidina nei pazienti adulti con catetere venoso centrale come strategia per ridurre le infezioni ematiche catetere-correlate. Nuova raccomandazione Classe B
- N° 21 Prendere in considerazione l'uso della clorexidina per l'igiene quotidiana del paziente adulto con catetere venoso centrale come strategia per ridurre le infezioni ematiche catetere-correlate. Nuova raccomandazione Classe B
- N° 22 Le medicazioni utilizzate sul sito di emergenza dei cateteri a lungo-termine dovrebbero essere sostituite ogni 7 giorni fino alla cicatrizzazione del sito di emergenza a meno che non vi sia indicazione per una sostituzione più frequente. La medicazione non è più necessaria una volta che il sito di emergenza si è cicatrizzato. Classe D/GPP
- N° 23 Per pulire il sito d'impianto del catetere venoso centrale durante i cambi della medicazione usare un applicatore monodose di clorexidina al 2% gluconata in alcool isopropilico al 70% (o iodio povidone in alcool nei pazienti con sensibilità alla clorexidina) e lasciar asciugare all'aria. Classe A
- N° 24 Per pulire il sito d'impianto del catetere venoso periferico durante i cambi della medicazione usare un applicatore monouso di clorexidina al 2% gluconata in alcool isopropilico al 70% (o iodio povidone in alcool nei pazienti con sensibilità alla clorexidina) e lasciar asciugare all'aria. Nuova raccomandazione Classe D/GPP
- N° 25 Non applicare pomate antimicrobiche sul sito d'impianto come misura routinaria per la gestione del catetere. Classe D/GPP

Strategie di sostituzione periodica dei cateteri

- N° 26 Non sostituire di routine i dispositivi per accesso venoso centrale allo scopo di prevenire le infezioni correlate al catetere. Classe A
- N° 27 Non sostituire su guida il catetere nei pazienti con infezioni batteriemiche correlate al catetere. Classe A
- N° 28 I siti di emergenza dei cateteri venosi periferici dovrebbero essere ispezionati almeno ad ogni cambio di turno degli infermieri e dovrebbe essere registrato un punteggio in base alla scala Visuale delle Flebiti da Infusione. Il catetere dovrebbe essere rimosso in caso di complicanze o non appena esso non è più richiesto. Nuova raccomandazione Classe D/GPP
- N° 29 I cateteri vascolari periferici dovrebbero essere sostituiti soltanto se clinicamente indicato e non di routine, salvo che le raccomandazioni specifiche del produttore di quel dispositivo non diano indicazioni diverse. Nuova raccomandazione Classe B

Principi generali per la gestione delle linee infusionali

- N° 30 Usare un applicatore monouso di clorexidina gluconata al 2% in alcool isopropilico al 70% (oppure iodio povidone in alcool, nei pazienti con sensibilità alla clorexidina) per decontaminare tutte le porte di accesso delle linee infusionali. La porta di accesso dovrebbe essere pulita per almeno 15 secondi e lasciata asciugare all'aria prima di accedere al sistema. Classe D/GPP
- N° 31 Soluzioni di lock con sostanze antimicrobiche non devono essere impiegate routinariamente allo scopo di prevenire le infezioni batteriemiche da catetere. Classe D/GPP
- N° 32 Non somministrare routinariamente antimicrobici sistemici o endo-nasali prima dell'impianto o durante l'uso di un dispositivo intravascolare allo scopo di prevenire la colonizzazione del catetere o l'infezione batteriemica. Classe A
- N° 33 Non usare di routine anticoagulanti sistemici allo scopo di prevenire infezioni batteriemiche correlate al catetere. Classe D/GPP
- N° 34 Usare soluzione fisiologica sterile per il lavaggio (flush) ed il riempimento (lock) dei lumi dei cateteri che vengono utilizzati frequentemente. Classe A
- N° 35 L'introduzione di nuovi dispositivi intravascolari o di nuovi componenti deve associarsi ad una appropriata sorveglianza, per identificare un eventuale aumento delle infezioni associato alla comparsa del dispositivo. Se si sospetta un aumento delle infezioni, questo deve essere segnalato all'Agenzia Normativa Inglese dei Farmaci e dei Prodotti Sanitari. Classe D/GPP
- N° 36 Quando si utilizzano dispositivi di sicurezza contro le punture accidentali, gli operatori sanitari dovrebbero accertarsi che tutti i componenti del sistema siano tra loro compatibili ed idonei, così da minimizzare le perdite e le rotture nel sistema. Classe D/GPP
- N° 37 Le linee infusionali utilizzate per somministrazione continua non devono essere sostituite più frequentemente di 96 ore, a meno che le raccomandazioni specifiche per quel dispositivo emesse dal produttore diano indicazioni diverse, oppure che si verifichi una deconnessione oppure che il dispositivo di accesso intravascolare debba essere sostituito. Classe A
- N° 38 Le linee utilizzate per l'infusione di sangue o emoderivati dovrebbero essere sostituite quando la trasfusione è terminata o comunque ogni 12 ore. Classe D/GPP
- N° 39 Le linee utilizzate per somministrazione di nutrizione parenterale con lipidi dovrebbero essere sostituite ogni 24 ore. Classe D/GPP
- N° 40 Migliorare la qualità delle cure adottando interventi che favoriscano l'uso appropriato e la gestione appropriata dei dispositivi per accesso intravascolare (cateteri venosi centrali e periferici) nonchè la loro rimozione al momento giusto. Questi interventi comprendono:
 - protocolli per l'impianto e la gestione del catetere;
 - promemoria per rivedere la necessità dei dispositivi intravascolari ed eventualmente indicarne la rimozione;
 - verifica della aderenza del personale alle raccomandazioni mediante audit e feedback;
 - formazione professionale continua. Nuova raccomandazione Classe C/GPP

Le presenti linee-guida (epic3) forniscono esaurienti raccomandazioni volte a prevenire le infezioni ospedaliere in ospedale ed in altri ambienti di cura per malati acuti, basandosi sulle migliori evidenze attualmente disponibili. Le linee-guida nazionali evidence-based sono forti raccomandazioni di buona pratica clinica che devono essere integrate nelle procedure aziendali locali e sottoposte a verifica periodica, in modo da ridurre le deviazioni dalla buona pratica clinica e assicurare la sicurezza del paziente.

La prevenzione clinica e il controllo efficace delle infezioni sono essenziali per la protezione del paziente. La adozione delle presenti linee-guida e il loro inserimento nella pratica clinica quotidiana rafforzano la sicurezza del paziente e minimizzano il rischio di contrarre infezioni durante il ricovero nelle strutture ospedaliere che fanno parte del Sistema Sanitario Nazionale.

Fonte: http://www.his.org.uk/files/3113/8693/4808/epic3_National_Evidence-Based_Guidelines_for_Preventing_HCAI_in_NHSE.pdf

Traduzione in lingua italiana a cura del GAVECELT (<http://www.gavecelt.it/>) sezione: Linee guida