

CARE SHEET

GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI: LINEE GUIDA Infusion Nurse Society 2016

Selezione a cura di : R.Natalini

IGIENE DELLE MANI

- ✓ L'igiene delle mani deve essere effettuata di routine durante tutte le attività di assistenza al paziente.
- ✓ L'igiene delle mani si pratica strofinando le mani con un gel a base alcolica o lavandole con acqua ed un sapone antimicrobico, in diversi momenti della assistenza al paziente.
- ✓ Per l'igiene delle mani, usare routinariamente un gel su base alcolica a meno che le mani non siano visibilmente sporche o vi sia un'epidemia di patogeni sporigeni o di gastroenterite da norovirus.
- ✓ Fornire a medici ed infermieri una formazione adeguata sull'igiene delle mani; controllare ed eventualmente correggere l'esecuzione di tale pratica.

TECNICHE DI VISUALIZZAZIONE DEI VASI

- ✓ Per la sicurezza del paziente, il clinico deve essere competente nell'uso delle tecniche di visualizzazione utili all'impianto dei dispositivi per accesso venoso. Questa conoscenza deve comprendere, ad esempio, la abilità nell'usare tali tecniche per individuare i vasi appropriati per la incannulazione e valutarne calibro, profondità e posizione, così come di prevedere le potenziali complicanze di ciascuna tecnica.
- ✓ Usare l'ecografia per l'impianto di agocannule nei pazienti - sia adulti sia pediatrici - con accesso venoso difficile.
- ✓ Utilizzare la venipuntura eco-guidata in tutte le inserzioni di cateteri venosi centrali sia negli adulti che nei bambini allo scopo di ottimizzare il successo della manovra, ridurre il numero di venipunture e minimizzare il rischio di complicanze legate all'inserzione.

TECNICHE DI VERIFICA DELLA POSIZIONE CENTRALE DELLA PUNTA

- ✓ La posizione della punta di un dispositivo per accesso venoso centrale deve essere verificata radiologicamente o per mezzo di altre tecnologie appropriate prima di iniziare la terapia endovenosa o ogni volta che vi siano segni clinici e sintomi che suggeriscono una mal posizione.
- ✓ Evitare di posizionare la punta del catetere venoso centrale in vene diverse dalla vena cava superiore o inferiore (anonima, succlavia, vena iliaca comune o vena iliaca esterna), poiché tali posizioni si associano ad un più alto rischio di complicanze.
- ✓ Sia nei pazienti adulti che in quelli pediatrici, la localizzazione ideale della punta del catetere venoso centrale, ovvero quella che si associa al minimo rischio di complicanze, è la giunzione atrio-cavale. Per i cateteri venosi centrali a inserzione femorale, la punta deve essere posizionata nella vena cava inferiore.
- ✓ Non è necessario ricorrere ad una radiografia del torace post-procedurale se si è adottata una tecnica alternativa per la conferma della posizione appropriata della punta.

SCELTA DEI DISPOSITIVI PER ACCESSO VENOSO

- ✓ La scelta del tipo di dispositivo per accesso venoso, periferico o centrale, deve basarsi sulle necessità del paziente, su considerazioni quali il piano terapeutico, i farmaci prescritti, la durata prevista, le caratteristiche delle vene del paziente, la sua età, le sue comorbidità, l'anamnesi di pregresse terapie infusionali, eventuali preferenze per il tipo o sede del dispositivo, nonché le capacità e le risorse disponibili per il suo mantenimento.
- ✓ Occorre scegliere il catetere venoso con il diametro esterno più piccolo possibile, con il minor numero di lumi, e con la minima invasività, compatibilmente con la terapia prescritta.
- ✓ Quando si pianifica un accesso venoso occorre sempre tenere presente l'importanza di preservare il patrimonio venoso periferico del paziente.
- ✓ Non utilizzare cateteri periferici per terapie vescicanti continue, per nutrizione parenterale o per terapie infusionali con una osmolarità superiore a 900 mOsm/L.
- ✓ Scegliere l'ago-cannula del calibro più piccolo possibile, tenendo conto della terapia prescritta e delle esigenze infusionali del paziente.
- ✓ Utilizzare dispositivi per accesso venoso centrale totalmente impiantati (port) preferibilmente nei pazienti con previsione di terapia infusione intermittente a lungo termine.
- ✓ Utilizzare cateteri venosi centrali cuffiati e tunnellizzati in pazienti con necessità di terapia infusione a lungo termine intermittente o continua (terapia antineoplastica, NPT).

SCelta DELLA SEDE DI IMPIANTO

- ✓ Si deve scegliere la vena e la sede più adatta, a seconda del diametro esterno e della lunghezza del catetere venoso necessario per la terapia prescritta.
- ✓ Occorre valutare molti fattori: le condizioni del paziente, l'età, la diagnosi, eventuali comorbidità, le condizioni della cute e lo stato della vascolatura nella sede d'inserzione e in sede più prossimale, l'anamnesi di precedenti cateteri venosi e venipunture, il tipo e la durata della terapia infusione, la preferenza del paziente.
- ✓ Utilizzare il sito di venipuntura più appropriato per la durata della terapia prescritta: il posizionamento sull'avambraccio si associa ad una durata maggiore dell'agocannula, a minor fastidio da parte del paziente, a una autogestione più facile e a una minore incidenza di dislocazioni ed occlusioni.
- ✓ Non usare le vene degli arti inferiori se non assolutamente necessario, per via dell'aumentato rischio di danni locali, tromboflebiti ed ulcerazioni.
- ✓ Utilizzare l'ecoguida per il posizionamento di agocannule in pazienti adulti e pediatrici con accesso venoso difficile e/o dopo ripetuti tentativi falliti di venipuntura.

PREPARAZIONE DELLA SEDE DI ACCESSO E POSIZIONAMENTO DEL DISPOSITIVO

- ✓ Informare in maniera appropriata il paziente prima di inserire un catetere venoso.
- ✓ Ottenere dal paziente un consenso informato in accordo con le procedure aziendali.
- ✓ Per quanto riguarda il posizionamento delle agocannule, è bene non eseguire più di due tentativi per ciascun operatore e non superare il numero complessivo di 4 tentativi. Per migliorare il successo nell'impianto dei cateteri periferici è da preferire l'istituzione di team infusionali specializzati.
- ✓ Effettuare l'antisepsi cutanea con l'antisettico di prima scelta, la clorexidina >5% in soluzione alcolica. In presenza di controindicazioni specifiche alla clorexidina, è possibile utilizzare uno iodoforo (iodopovidone), o alcool isopropilico al 70%.
- ✓ Adottare e mantenere la tecnica asettica durante tutta la manovra dell'inserzione dell'agocannula.
- ✓ Adottare un bundle di inserzione dei cateteri venosi centrali che includa i seguenti interventi: igiene delle mani; antisepsi cutanea con clorexidina >0.5% in soluzione alcolica; massime precauzioni di barriera sterili.
- ✓ Utilizzare un carrello o un kit standardizzati, contenenti tutto il materiale necessario per l'impianto.
- ✓ Nell'inserzione degli accessi venosi centrali usare sempre l'ecografo, così da aumentare le probabilità di successo e ridurre il rischio di complicanze legate all'inserzione.

GESTIONE DEI DISPOSITIVI PER ACCESSO VENOSO

a) CONNETTORI SENZA AGO

- ✓ I connettori senza ago (needlefree connectors) devono potersi collegare al dispositivo o alla linea infusione mediante un meccanismo di chiusura di tipo luer-lock, così da garantire una connessione sicura.
- ✓ Prima di utilizzare il connettore senz'ago disinfettarlo manualmente, strofinando vigorosamente e rispettando il tempo di azione dell'antisettico usato.
- ✓ Accedere ai connettori senza ago solo con dispositivi sterili (siringhe, prolunghe, linee infusionali).
- ✓ Sostituire il connettore senza ago almeno ogni 96 ore. Sostituzioni routinarie con frequenza più ravvicinata non si associano a vantaggi clinici ma anzi aumentano il rischio infettivo.

b) STABILIZZAZIONE DEI CATETERI VENOSI

- ✓ Stabilizzare e fissare in modo appropriato tutti i dispositivi di accesso venoso, allo scopo di ridurre il rischio di complicanze e/o la perdita accidentale dell'accesso.
- ✓ I cateteri venosi vanno stabilizzati e fissati utilizzando specifici dispositivi di stabilizzazione disegnati per tale scopo (engineered stabilization device, ESD).
- ✓ E' bene evitare l'impiego di cerotti o suture, poiché non rappresentano una alternativa efficace agli ESD.
- ✓ Occorre valutare l'integrità dell'ESD ad ogni cambio della medicazione e sostituire l'ESD periodicamente attenendosi alle istruzioni del produttore. Gli ESD ad adesività cutanea vanno sostituiti settimanalmente.
- ✓ Non tentare mai di reinserire nella vena un catetere che si sia dislocato.

c) LAVAGGIO E CHIUSURA

- ✓ Prima di ogni infusione è buona regola lavare il catetere venoso e verificare il ritorno di sangue alla aspirazione, così da valutare il buon funzionamento del catetere e prevenire le complicanze.
- ✓ Dopo ogni infusione endovenosa, occorre lavare il catetere venoso (flush) per eliminare tracce residue del farmaco all'interno del lume, allo scopo di ridurre il rischio di interazione tra medicinali incompatibili.
- ✓ Al momento della chiusura del catetere, dopo un ulteriore lavaggio (flush), il lume del catetere deve essere riempito con una soluzione (lock) che ha lo scopo di ridurre il rischio di occlusione intraluminale e/o di infezioni batteriemiche catetere-correlate.

- ✓ Il flush va eseguito con un volume di fisiologica pari almeno al doppio del volume interno del sistema (ad es. catetere venoso più prolunga).
- ✓ La pervietà del catetere venoso va verificata usando siringhe da 10 mL o siringhe studiate per esercitare pressioni non elevate; Non lavare il catetere esercitando pressioni eccessive con siringhe inferiori a 10 ml.
- ✓ Preferire il flush con tecnica pulsante.
- ✓ Per quanto riguarda i cateteri venosi centrali, utilizzare un lock con soluzione eparinata (10 unità per mL) o con soluzione fisiologica, tenendo presente le istruzioni per l'uso sia del catetere che del connettore senza ago.
- ✓ Per quanto riguarda il lock di qualunque accesso venoso centrale, studi randomizzati e controllati hanno confrontato la soluzione eparinata vs la soluzione fisiologica, dimostrando esiti sovrapponibili. Non vi sono quindi evidenze sufficienti per raccomandare l'una o l'altra strategia.
- ✓ Il volume della soluzione per lock deve essere pari al volume interno del sistema più il 20%.

d) VALUTAZIONE, CURA E SOSTITUZIONE DELLE MEDICAZIONI DEI CATETERI VENOSI

- ✓ La gestione del sito di emergenza include l'antisepsi cutanea e la sostituzione periodica della medicazione e viene attuata ad intervalli prestabiliti o in modo estemporaneo non appena la medicazione appaia umida, allentata, visibilmente sporca, oppure quando umidità, secrezione o sangue siano evidenti al di sotto della medicazione
- ✓ Una medicazione sterile è necessaria costantemente su tutti i cateteri venosi periferici e su tutti i cateteri venosi centrali, inclusi i cateteri centrali non tunnellizzati, i PICC, i port con ago di Huber inserito, e anche i cateteri tunnellizzati cuffiati, almeno fino a quando la sede di inserzione non è guarita completamente.
- ✓ Nella gestione e nella sostituzione delle medicazioni, rispettare sempre la tecnica asettica.
- ✓ Occorre esaminare con attenzione il sito di emergenza del catetere e l'area circostante, per individuare eventuali arrossamenti, dolorabilità, edema e secrezioni; l'esame va condotto osservando, palpando attraverso la medicazione integra e annotando quanto riferito dal paziente in termine di sintomi quali dolore, parestesie, ottundimento o intorpidimento.
- ✓ I dispositivi per accesso venoso centrale e i cateteri midline devono essere esaminati almeno ogni 24 ore; le agocannule devono essere esaminate almeno ogni 4 ore, ma anche ogni 1- 2 ore nei pazienti critici o sedati o con deficit cognitivi, ogni ora nei pazienti in età neonatale o pediatrica, e con frequenza ancora maggiore nei pazienti che ricevono infusioni di farmaci vescicanti.
- ✓ L'antisepsi cutanea è parte integrante della gestione del sito di emergenza: l'antisettico cutaneo di prima scelta è la clorexidina >0.5% in soluzione alcolica; In presenza di controindicazioni alla clorexidina, è possibile utilizzare uno iodoforo (iodopovidone), o alcool 70% .
- ✓ Far asciugare bene l'antisettico cutaneo prima di applicare la medicazione; nel caso di soluzioni a base di clorexidina alcolica, attendere almeno 30 secondi; per gli iodofori, almeno 1.5 - 2 minuti.
- ✓ Le medicazioni con membrane semipermeabili trasparenti vanno sostituite almeno ogni 5-7 giorni; le medicazioni con garza e cerotto sterile almeno ogni 2 giorni. Non vi sono dati definitivi a proposito della superiorità delle medicazioni trasparenti rispetto a quelle con garza.
- ✓ In presenza di secrezioni del sito di emergenza, preferire medicazioni con garza.
- ✓ La medicazione va sostituita in caso di secrezione, dolorabilità della sede, o altri segni sospetti, oppure quando si è allentata o dislocata. Sarà così possibile valutare attentamente il sito di emergenza, pulirlo e disinfettarlo.
- ✓ Per quanto riguarda le agocannule, la medicazione va sostituita se umida, o allentata, e/o visibilmente sporca e comunque almeno ogni 5-7 giorni.
- ✓ Utilizzare medicazioni a rilascio continuo di clorexidina sul sito di emergenza dei cateteri venosi centrali non tunnellizzati, allo scopo di ridurre il rischio di contaminazione batterica per via extraluminale.

e) SOSTITUZIONE DEL SET DI SOMMINISTRAZIONE

- ✓ Ridurre al minimo l'uso di dispositivi aggiuntivi nel set di somministrazione poiché ogni dispositivo è una fonte in più di potenziali complicanze.
- ✓ I set di somministrazione continua, vanno sostituiti periodicamente con frequenza non superiore alle 96 ore, a meno che non vengano utilizzati per somministrare sangue, emoderivati o soluzioni con lipidi.
- ✓ Quando la infusione è intermittente, il set di somministrazione va sostituito ogni 24 ore. Le manovre ripetute di deconnessione e riconnessione di una linea per infusione intermittente aumentano il rischio di contaminazione a livello di tutti i punti di connessione.
- ✓ I set di somministrazione usati con soluzioni per nutrizione parenterale vanno sostituiti almeno ogni 24 ore.
- ✓ I set di somministrazione utilizzati per la infusione di semplici emulsioni lipidiche vanno sostituiti ogni 12 ore.
- ✓ Quando si infonde una emotrasfusione, filtri e set di somministrazione vanno sostituiti al termine di ogni unità di sangue o comunque ogni 4 ore. Nelle emotrasfusioni infuse rapidamente, se si infondono più unità in 4 ore, è possibile utilizzare il medesimo set per un periodo di 4 ore.

PRELIEVI EMATICI TRAMITE I DISPOSITIVI DI ACCESSO VENOSO

- ✓ Eseguire la venipuntura per prelievo sull'arto opposto a quello dell'infusione. Se il prelievo deve essere eseguito sull'arto sede di infusione, scegliere una vena posta distalmente alla sede dell'infusione.
- ✓ Eseguire la venipuntura per prelievo, mediante aghi metallici retti o con alette (c.d. butterfly) preferendo le vene della fossa antecubitale (ad es. vena cubitale mediana, cefalica e basilica), poiché tale procedura si associa al minor rischio di emolisi accidentale.
- ✓ Evitare di serrare stretto il pugno o di aprire e chiudere ripetutamente il pugno poiché ciò potrebbe comportare il rischio di pseudoiperpotassiemia.
- ✓ Limitare l'uso di lacci emostatici o del bracciale dello sfigmomanometro, se possibile. Se il laccio è necessario, tenerlo stretto meno di 1 minuto, così da ridurre il rischio di emolisi rilasciandolo immediatamente non appena il sangue inizia a fluire nella provetta di raccolta.
- ✓ Soppesare attentamente rischi e benefici prima di decidere di usare un catetere venoso per ottenere i campioni di sangue.
- ✓ I rischi associati al prelievo da catetere venoso centrale includono una potenziale contaminazione intraluminale da manipolazione del connettore, una possibile occlusione o subocclusione del lume del catetere, o anche errori nei valori di laboratorio errati secondari all'effetto di farmaci contenuti nel catetere.
- ✓ Il prelievo ematico da agocannula va effettuato soltanto nei pazienti pediatrici, o negli adulti con accesso venoso difficoltoso, o in presenza di alterazioni della coagulazione o nei casi in cui sia necessario eseguire prelievi ripetuti e ravvicinati; occorre scartare 1- 2 mL di sangue prima di prelevare il campione.

RIMOZIONE DEL CATETERE VENOSO

- ✓ Occorre valutare quotidianamente la effettiva necessità clinica di qualunque catetere venoso periferico centrale a breve-medio termine.
- ✓ I dispositivi per accesso venoso vanno rimossi in caso di complicanze non risolubili, per interruzione della terapia infusione, o quando non siano più indispensabili.
- ✓ Il tempo di permanenza di un catetere venoso non è un criterio di rimozione, poiché allo stato attuale non esiste un tempo di permanenza ottimale per alcun tipo di dispositivo per accesso venoso.
- ✓ Una agocannula va tolta quando non occorre più per la terapia infusione oppure quando non viene utilizzata da 24 ore o più.
- ✓ I cateteri inseriti in condizioni asettiche subottimali in qualsiasi situazione clinica (tipicamente, in emergenza) andrebbero identificati, rimossi e sostituiti con un nuovo catetere non appena possibile, preferibilmente entro 24-48 ore.
- ✓ In caso di stravasamento, staccare tutto il set di somministrazione e aspirare dal connettore del catetere, prima di rimuoverlo, così da eliminare quanto più possibile residui di farmaco vescicante dal lume e dal tessuto sottocutaneo.
- ✓ Valutare e discutere giornalmente con l'equipe sanitaria del paziente la necessità clinica di mantenere in sede un catetere venoso centrale non tunnellizzato: rimuoverlo quando non più necessario per il piano di cura.
- ✓ Valutare e segnalare al personale qualificato ogni segno o sintomo potenzialmente suggestivo di complicanze da catetere, come ad esempio: dolore, variazioni cromatiche e di temperatura cutanea nel sito di emergenza, edema, fuoriuscita di liquido o secrezione purulenta dal sito di emergenza, malfunzionamento del catetere.
- ✓ Porre il paziente in posizione supina o in Trendelenburg, salvo controindicazioni, durante la rimozione di qualsiasi tipo di accesso centrale.
- ✓ Non forzare mai la rimozione di un catetere venoso centrale ove si incontri resistenza. Contattare il medico o infermiere competente e qualificato per stabilire gli interventi da eseguire per la rimozione.

Bibliografia

1. Journal of Infusion Nursing. Supplemento al numero di Gennaio/Febbraio 2016 Volume 39, Numero 1S ISSN 1533-1458 www.journalofinfusionnursing.com
2. Traduzione italiana delle linee guida INS 2016 (Infusion Nursing Society), a cura del GAVeCeLT - <http://gavecelt.it/nuovo/biblioteca/linee-guida-ins-2016-trad-italiana-0>