



ASU San Giovanni Battista
S.C. Cardiologia 2



Terapia infusione migliore pratica clinica

Cunsolo Cristina



Terapia Infusionale

Professionisti

=

sapere e saper fare

=

miglior pratica clinica

Contesto: Cardiologia/UTIC tp con Amiodarone

Amiodarone: PRECAUZIONI D'USO

Utilizzare quando possibile accessi venosi centrali per prevenire tromboflebiti della sede di infusione periferica;
se infuso per via periferica cambiare via d'infusione ogni 8 h., per prevenire complicanze tromboflebitiche



Cosa accade nelle nostre realtà?

Terapia infusionale con Amiodarone da accesso periferico oltre il 70 % dei casi

Perché?

Valutazione costi/efficacia , accesso immediatamente disponibile , meno rischi per il pz....etc



Come gestiamo gli accessi venosi???

La gestione degli Accessi Venosi Periferici (AVP) importante perché possono verificarsi delle complicanze “catetere correlate”.

La presa visione dell'insieme utile per facilitare la creazione e l'implementazione di un protocollo per la propria realtà lavorativa.



VANTAGGI E SVANTAGGI DEL CATETERISMO VENOSO PERIFERICO

✓ VANTAGGI

- Riduzione dei costi
- Assenza dei rischi correlati alla presenza di un catetere venoso centrale
- Minori rischi di infezione
- Migliore tollerabilità da parte del paziente
- Possibilità di posizionamento da parte di tutti gli infermieri

✓ SVANTAGGI

- Accesso venoso instabile e di breve durata
- Disponibilità limitata di vene
- Difficoltà o impossibilità di somministrazione di alcuni farmaci



FATTORI DI APPROPRIATEZZA DELLA SCELTA

FATTORI	APPROPRIATO	NON APPROPRIATO
TIPO DI FARMACO E/O SOLUZIONE	<ul style="list-style-type: none">- Molti farmaci da somministrare- Liquidi isotonici	<ul style="list-style-type: none">- Farmaci irritanti- Polichemioterapie- Liquidi ipertonici che richiedono una massima diluizione
DURATA DELLA TERAPIA	<ul style="list-style-type: none">- Terapie brevi o intermittenti	<ul style="list-style-type: none">- Terapie prolungate per cui dovrebbero essere usate più vene e ricorrere a cannulazioni multiple
ACCESSIBILITA' DELLA VENA	<ul style="list-style-type: none">- Pazienti con buone vene periferiche	<ul style="list-style-type: none">- Pazienti obesi- Condizioni che alterano il circolo periferico- Cause favorevoli flebiti



CURA DEL CATETERE E TEMPI PER LA SOSTITUZIONE

1. Sostituire i CVP ed eseguire una rotazione sulle diverse sedi venose ogni 72 - 96 ore per ridurre il rischio di flebite. Ciò è possibile, se presente un buon patrimonio venoso.
2. Se i siti di accesso venoso sono limitati e non sono presenti segni oggettivi di flebite, il catetere può essere lasciato per un periodo più lungo, ma il paziente ed il sito di inserzione devono essere strettamente monitorati.
3. Rimuovere immediatamente i CVP quando il paziente presenta segni di flebite nel sito di inserimento (cioè calore, gonfiore, eritema cordone venoso palpabile).
4. Rimuovere i CVP inseriti in situazioni di emergenza, quando è probabile che si siano verificate interruzioni nella tecniche asettiche. Dopo aver valutato la situazione venosa del paziente, inserire un nuovo catetere in una zona differente entro 24 ore.
5. In presenza di accessi venosi limitati, è possibile mantenere in sede un CVP temporaneamente inutilizzato se previsto il suo impiego entro pochi giorni, mentre è suggerito rimuovere immediatamente il dispositivo in presenza di un buon patrimonio venoso.
6. Non è necessario eparinare il catetere venoso periferico quando non sia usato. Evidenze scientifiche hanno dimostrato che i cateteri venosi periferici, lavati con tecnica appropriata usando solo soluzione fisiologica rimangono pervi come quelli in cui viene impiegata l'eparina.



<i>Raccomandazione dei CDC di Atlanta</i>	<i>Livello</i>
1. Negli adulti, per ridurre il rischio di flebite, cambiare i cateteri venosi periferici corti almeno a 72 – 96 ore.	IB
2. Se il paziente sviluppa segni di flebite (cioè calore, tumefazione, eritema, e la corda venosa palpabile), di infezione o ha un catetere malfunzionante, rimuovere il catetere venoso periferico.	IB
3. Se i siti di accesso venoso sono limitati e non c'è evidenza di flebite o infezione, i CVP possono essere lasciati per periodi più lunghi, sebbene il paziente e i siti di inserimento devono essere monitorati strettamente	IB
4. Non cambiare di routine i cateteri di media lunghezza (“midline”) allo scopo di ridurre il rischio di infezione.	IB
5. Nei pazienti pediatrici, lasciare i cateteri venosi periferici in sito fino a quando la terapia endovenosa sia completata, a meno che non si verifichi una complicanza (cioè flebite e infiltrazione).	IB
6. Rimuovere immediatamente il dispositivo venoso se non è più necessario.	IA



**Le raccomandazioni dei CDC di Atlanta riferite alla
frequenza della sostituzione della medicazione**

1. Cambiare la medicazione del catetere quando si sporchi, si stacchi o divenga umida o quando sia necessaria una ispezione del sito.	I A
2. Per i pazienti adulti e adolescenti cambiare le medicazioni almeno una volta a settimana, a seconda delle circostanze individuali.	II
3. Se il paziente non ha segni clinici di infezione non devono essere rimosse garze e medicazioni non trasparenti.	II
4. Se il paziente ha una tumefazione locale o altri segni una possibile CRBSI, la medicazione non trasparente deve essere rimossa e il sito deve essere ispezionato visivamente.	II

<i>Le raccomandazioni dei CDC riferite all'ispezione del sito di ingresso del catetere</i>	<i>Livello</i>
1. Monitorare i siti del catetere regolarmente attraverso l'ispezione visiva o attraverso la palpazione tramite la medicazione intatta, dipendendo ciò dalla situazione clinica di ciascun paziente.	I B
2. Se i pazienti hanno dolenzia al sito di inserimento, febbre senza altra fonte identificata, o manifestazioni che suggeriscano una infezione locale o una BSI, la medicazione deve essere rimossa per permettere un esame completo del sito.	I B
3. Invitare i pazienti a riferire agli infermieri che li assistono qualsiasi modificazione del sito del catetere o qualsiasi situazione anomala.	II



COMPLICANZE DELLA TERAPIA ENDOVENOSA SOMMINISTRATA ATTRAVERSO UNA VENA PERIFERICA

FLEBITE

VALUTAZIONE

- Dolore lungo la vena
- Eritema: linea rossa al di sopra del punto dell'infusione
- Edema del punto dell'inserzione
- Velocità di flusso rallentata
- L'area risulta calda al tatto.

INTERVENTI

- Interrompere l'infusione e togliere la cannula dopo aver reperito altra sede di incannulazione.
- Applicare compresse calde
- Informare il medico
- Su sua prescrizione, riprendere l'infusione in un'altra sede
- Non irrigare la vena: potrebbe esserci un coagulo all'estremità della cannula che potrebbe passare nella circolazione sanguigna
- Registrare le circostanze dell'evento

INFILTRAZIONE

VALUTAZIONE

- Edema attorno al punto della inserzione: gonfiore di tutto il margine.
- Impallidimento.
- La pelle è fredda attorno alla zona.
- Non c'è reflusso di sangue abbassando il la flebo sotto il livello della sede di iniezione.
- Velocità di flusso rallentata.

INTERVENTI

- Interrompere l'infusione e togliere la cannula dopo aver trovato altra sede di incannulazione.
- Applicare compresse calde per facilitare l'assorbimento.
- Abbassare il contenitore al di sotto del punto dell'endovena: se il sangue ritorna, la cannula è ancora in sede. Può essere che il liquido si stia spandendo nel tessuto a causa di un foro nella parete della vena.
- Informare il medico, riferire se la flebo contiene proteine idrolisate, potassio o lattato di sodio
- Su sua prescrizione, riprendere un'infusione in un altro punto.

INFEZIONE NELLA SEDE DELL'INFUSIONE

VALUTAZIONE

- Eritema.
- Gonfiore nel punto dell'infusione.
- Il paziente accusa dolore attorno alla zona.
- Emissione di secrezioni maleodoranti.

INTERVENTI

- Interrompere l'infusione e togliere la cannula dopo aver trovato altra sede di incannulazione.
- Far sottoporre la punta del catetere ad analisi batteriologica.
- Pulire la zona, disinfettare con antisettico, applicare pomata se prescritto e coprire con garza sterile.
- Registrare le circostanze dell'evento.

REAZIONE ALLERGICA

VALUTAZIONE

- Prurito
- Eruzione locale o generalizzata.
- Dispnea.

INTERVENTI

- Ridurre l'infusione alla velocità minima.
- Chiedere al paziente se presenti episodi di pregresse allergie.
- Informare il Medico.
- Seguire le prescrizioni per continuare o sospendere l'infusione.



LE RACCOMANDAZIONI DEI CDC RIFERITE ALLA FREQUENZA DI SOSTITUZIONE DEI SET DI INFUSIONE	Livello
1. Cambiare i set per infusione, non più frequentemente che ad intervalli di 72 ore a meno che non sia sospettata o documentata una infezione associata a catetere.	I A
2. Cambiare le linee usate per somministrare <i>sangue, prodotti del sangue, o emulsioni di lipidi</i> (quelli combinati con aminoacidi e glucosio in una soluzione tre in uno o infusi separatamente) entro 24 ore dall'inizio dell'infusione.	I B
3. Se la soluzione contiene solo <i>destrosio e aminoacidi</i> , il set per la somministrazione non necessita di essere cambiato più frequentemente di ogni 72 ore.	II
4. Cambiare le linee usate per la somministrazione di <i>propofol</i> ogni 6 o 12 ore a seconda del suo uso, a seconda delle raccomandazioni del produttore.	I A



Se non possiamo utilizzare tecniche da manuale,
cerchiamo di utilizzare la migliore pratica clinica!

L'infusione di Amiodarone prevede un'alta incidenza
di flebiti: migliore gestione e cura del sito d'accesso
o via d'infusione alternativa?

=
PICC



GRAZIE