

Gestione delle linee infusive

E' necessario iniziare dalla definizione stessa di 'protocollo'.

Il protocollo è un documento, normalmente scritto, che rende disponibile all'intero gruppo di Professionisti il risultato di una ricerca, e la trasforma in conoscenza comune.

Nel protocollo sono individuati gli obiettivi, le risorse, le procedure assistenziali, le motivazioni scientifiche, gli standard dei risultati e gli indicatori di verifica.

LA GESTIONE DELLE LINEE INFUSIVE/PROTOCOLLO

Obiettivi relativi alla introduzione di un protocollo sulla gestione delle linee infusive:

- Miglioramento della efficacia pratica della gestione
- Diminuzione delle infezioni locali e generalizzate (batteriemie) nei pazienti portatori di una linea infusiva
- Condivisione nel gruppo professionale delle migliori conoscenze e tecniche relative alla gestione delle linee infusive (omogeneizzare le attività assistenziali)

Risorse:

- Materiale tecnico (set di infusione;disinfettanti idonei; sedi di conservazione materiale)
- Materiale di appoggio (luoghi per corretta e adeguata preparazione dell'operatore, come i lavandini)

Procedure assistenziali:

- Posizionamento
- Procedura di introduzione
- Procedura di sostituzione del set infusivo

Motivazioni scientifiche

- Condivisione della bibliografia recente e validata

Standard di risultati attesi

- Diminuzione o scomparsa fenomeni flogistici locali
- Diminuzione o scomparsa delle batteriemie

Indicatori di verifica

- Valutazione dei punti di inserzione del catetere venoso
- Misurazione temperatura corporea
- Ricerca batteri responsabili batteriemie con colture e campioni

Revisione

- NB: come tutti i protocolli , anche in questo caso è opportuno che un Gruppo di Professionisti partecipi nel tempo (almeno ogni 6 mesi) ad una verifica della attualità del protocollo stesso in termini di efficacia e di nozioni scientifiche.

• _____

L'autrice ritiene corretto dividere il presente protocollo in categorie di utilizzo, considerate le molte possibilità d'impiego legate ad un catetere infusivo.

Procedure per la inserzione di un catetere venoso periferico:

L'introduzione di un catetere venoso periferico è totalmente gestita dall'Infermiere che, anche a seguito delle recenti variazioni normative (dalla Legge 42/99 al codice deontologico) sa di assumere su di sé una ampia responsabilità assistenziale e di venire considerato un professionista sanitario che deve mostrare capacità, competenza, idonea preparazione.

Si deve provvedere ad informare il paziente, spiegando che sentirà un po' di dolore, e si deve avere cura di salvaguardare letto e indumenti da eventuali, possibili, contatti con il sangue che può fuoriuscire dal sito di introduzione.

Il materiale necessario deve essere previsto in apposito carrello su ruote per poter essere portato nei vari luoghi della degenza.

Un elenco del materiale per categoria può così riassumersi:

- flebo o sacca verificata nella integrità e limpidezza della soluzione (se non lipidi od emoderivati)
- set di infusione completo
- vari ago cannula per differenti Gauge (calibri)
- cerotti
- disinfettante idoneo
- garze, cotone
- quanto normalmente presente su carrello di medicazione

A) scegliere il sito di inserimento avendo cura di evitare, salvo casi assolutamente eccezionali, vene degli arti inferiori.

B) procedere ad un lavaggio delle mani adeguato: categoria di lavaggio prevista: ANTISETTICO (cioè il secondo dei tre livelli previsti, nell'ordine: SOCIALE/ANTISETTICO/CHIRURGICO).

Molti Autori indicano come valido ed efficace, a livello di disinfezione, un prodotto derivato dallo iodio.

C) Procedere alla disinfezione del sito, con movimento dal basso verso l'alto, utilizzando disinfettanti di derivazione iodofora, in alternativa accettati anche disinfettanti con clorexidina gluconata.

D) Scelta dell'ago cannula più adatto: va ricordato come principio fondamentale che la misura della cannula viene scelta in base al punto di inserimento.

La cannula sottile consente il miglior flusso ematico e diminuisce il rischio trombotico. In certi situazioni (gravi emorragie) è però importante inserire cannule di grosso calibro.

E) Introduzione e posizionamento dell'ago cannula.

F) Fissaggio accurato e garantito: valutare situazione di lucidità del paziente (rischio di rimozioni accidentali e/o volute).

G) Annotare su registro, scheda infermieristica ora e data dell'inserimento.

H) Ispezionare il punto di inserzione una volta al giorno secondo schema in utilizzo nella Unità operativa;

I) In caso di inserimento del catetere in emergenza si devono ritenere minori del previsto gli standard di applicazione. Procedere perciò alla sostituzione del catetere venoso dopo 24 H, e non oltre.

- J) La medicazione ed i cerotti, se non sporcati, non vanno sostituiti prima della sostituzione dell'ago cannula stesso (48/72 ore).
- K) La sostituzione deve riguardare altre vene evitando di riutilizzare la stessa vena sia a monte sia a valle del punto di inserimento
- L) I rubinetti della linea infusionale vanno sempre protetti da tappi sterili
- M) I tappi vanno sostituiti una volta rimossi

Sostituzione del set infusivo di un catetere venoso periferico:

Il set infusionale, nelle sue parti che vanno dalla sacca, o flebo, all'ago cannula o catetere venoso periferico, va sostituito al cambio dell'ago o in caso di infusione di lipidi anche a bassa concentrazione.

Procedure per la inserzione di un catetere venoso centrale o CVC:

In questa procedura l'Infermiere è parte determinante del team multi professionale che applica lo strumento "CVC".

Un elenco del materiale per categoria puo' così riassumersi:

- flebo o sacca verificata nella integrità e limpidezza della soluzione (se non lipidi od emoderivati)
- set di infusione completo
- vari cateteri venosi centrali (calibri)
- cerotti
- disinfettante idoneo
- garze, cotone
- filo da sutura in calibri differenti
- telini sterili
- strumenti chirurgici per eventuale scoprimento vena, sterili
- guanti chirurgici sterili
- quanto normalmente presente su carrello di medicazione

E' necessario informare il paziente, e avere cura di salvaguardare letto e indumenti da eventuali, possibili, contatti con il sangue che può fuoriuscire dal sito di introduzione.

Il paziente viene posto in posizione supina, su un piano rigido, e col capo ruotato in direzione opposta al lato prescelto per la introduzione.

A)

la scelta della via di accesso in genere è fra tre punti di introduzione. Cioè fra la vena giugulare interna e la vena succlavia(nelle due possibilità, sopra o sotto claveare)

Questa scelta dipende anche da fattori quali la condizione di emergenza/urgenza, la esperienza dell'operatore, lo stato clinico del paziente.

B)

procedere ad un lavaggio delle mani adeguato: categoria di lavaggio prevista:ANTISETTICO (cioè il secondo dei tre livelli previsti, nell'ordine SOCIALE/ANTISETTICO/CHIRURGICO).

C)

Procedere alla disinfezione del sito, con movimento dal basso verso l'alto, utilizzando disinfettanti di derivazione iodofora, in alternativa accettati anche disinfettanti con clorexidina gluconata.

D)

Durante le manovre introduttive rilevare i parametri vitali con cura e frequenza;

E)

Annotare su scheda infermieristica ora , data e nome degli operatori che hanno posizionato il CVC e l'orario della richiesta di controllo rx grafico (o di eventuale verifica in scopia)

F)

Successivamente alla introduzione del CVC ogni mattina il piano di nursing DEVE prevedere verifica e controllo del punto di inserzione, attraverso la palpazione della medicazione (in caso di pellicola protettiva) o attraverso la ispezione del sito in caso di medicazione classica.

Fra i parametri da rilevare con cura la febbre senza causa evidente e i sintomi di infezione locale.

Quando la medicazione si sporca o si stacca o si bagna va sostituita.

Nei pazienti con particolare sudorazione è necessario sostituire piu' frequentemente la medicazione. Si possono usare pomate con derivati dello jodio per limitare le crescite di batteri sulla cute.

Sostituzione del set infusivo di un catetere venoso centrale.

Normalmente ogni 72 ore il set infusivo (composto dal deflussore e dagli accessori) deve essere sostituito.

Se si somministrano lipidi il set va sostituito al termine dell'infusione di lipidi.

Anche in caso di somministrazione di emoderivati è regola di utile prevenzione provvedere alla sostituzione del set.

Un interessante studio (Galli e All) ha mostrato che il costo delle terapie, somministrate per combattere le infezioni derivanti da cattiva gestione di questo aspetto, è nettamente superiore al costo del materiale sostituito anche con notevole frequenza.

	<i>Su vena ' a parte', non incannulata</i>	<i>Catetere venoso periferico /ago cannula</i>	<i>Catetere venoso centrale</i>
USO DI GUANTI	SI/monouso	SI/monouso	SI/STERILI
PRELIEVO EMATICO	SI	NO	MAI
TRASFUSIONI	SI	SI	NO/ salvo casi urgentissimi
INFUSIONI DI SOSTANZE CON GLUCOSIO ELEVATA %	MAI	MAI	SI
RUBINETTI	-	GESTIONE STERILE	IDEM
DURATA	-	48/72 ORE	SUPERIORE
CONTROLLO RX	-	NO	SI'

Questo protocollo puo' inoltre essere esteso nei capitoli, già affrontati, delle risorse e delle tecnologie approntando, qualora necessario, un elenco del materiale utilizzabile.

La scelta del materiale che si può impiegare, anche sulla base di alcune citazioni dalla bibliografia, dipende in gran parte dalla situazione di molte strutture sanitarie che, non disponendo di alternative in misura considerevole, comporta - da parte del personale sanitario medico ed infermieristico - un adattamento al materiale ed alle risorse disponibili.

In questa ottica una adeguata procedura di inserimento e manutenzione delle linee venose, periferiche e centrali, attraverso gli indicatori di qualità citati, mostrerà un considerevole miglioramento degli standard e una diminuzione delle complicazioni.

Bibliografia:

- Procedure, protocolli, linee guida di assistenza infermieristica. C. Spairani, T. Lavallo, ed Masson
 - www.infermieri.com
 - I quaderni de L'Infermiere, FNC Ispasvi, Roma
 - Manuale guida 'MOVI', Svezia 1990 e seguenti
-

ALLEGATO: quale il metodo migliore per fissare una linea infusiva periferica (ago cannula con alette)?

Sui testi in genere questo aspetto è trascurato, ma è noto a chi opera nelle degenze che una parte delle linee venose incannulate viene 'perduta' a causa di movimenti del paziente e di un non adeguato sistema di 'fissaggio'.

Un metodo per coinvolgere costruttivamente il personale infermieristico di una degenza nella costruzione diretta di una procedura può e deve essere, a giudizio dell'autrice, quello del test di validità di un metodo.

Per portare un esempio al riguardo, può essere ipotizzata per una durata di un mese la creazione di un test a confronto diretto sul sistema di fissaggio o ancoraggio dell'agocannula.

Una volta divisi in due gruppi tutti i ricoverati, ai pazienti del primo gruppo si fisserà l'agocannula con un metodo 'A', e al secondo gruppo l'ago verrà fissato col metodo 'B'.

Su apposita scheda si anoteranno le conseguenze pratiche della rilevazione ed alla fine si procederà a trarre le conclusioni di efficacia.

A solo titolo di esempio si allega disegno dei due metodi da porre a confronto più utilizzati.

Metodo A

Metodo B