

I PER – CORSI IN NEFROLOGIA E DIALISI

L'ACCESSO DIALITICO

14 ottobre 2022

La preservazione del letto vascolare:
ruolo dell'infermiera del Reparto di Nefrologia

Brambilla Silvana
Magni Giuditta
ASST Lecco
Ospedale A. Manzoni
S. C. Nefrologia

La complicità degli accessi venosi periferici sono alla base della perdita del patrimonio venoso del paziente e finiscono per rendere difficile la gestione assistenziale e la cura dei pazienti senza dimenticare l'aumento dei costi....

& Durante la degenza in ospedale

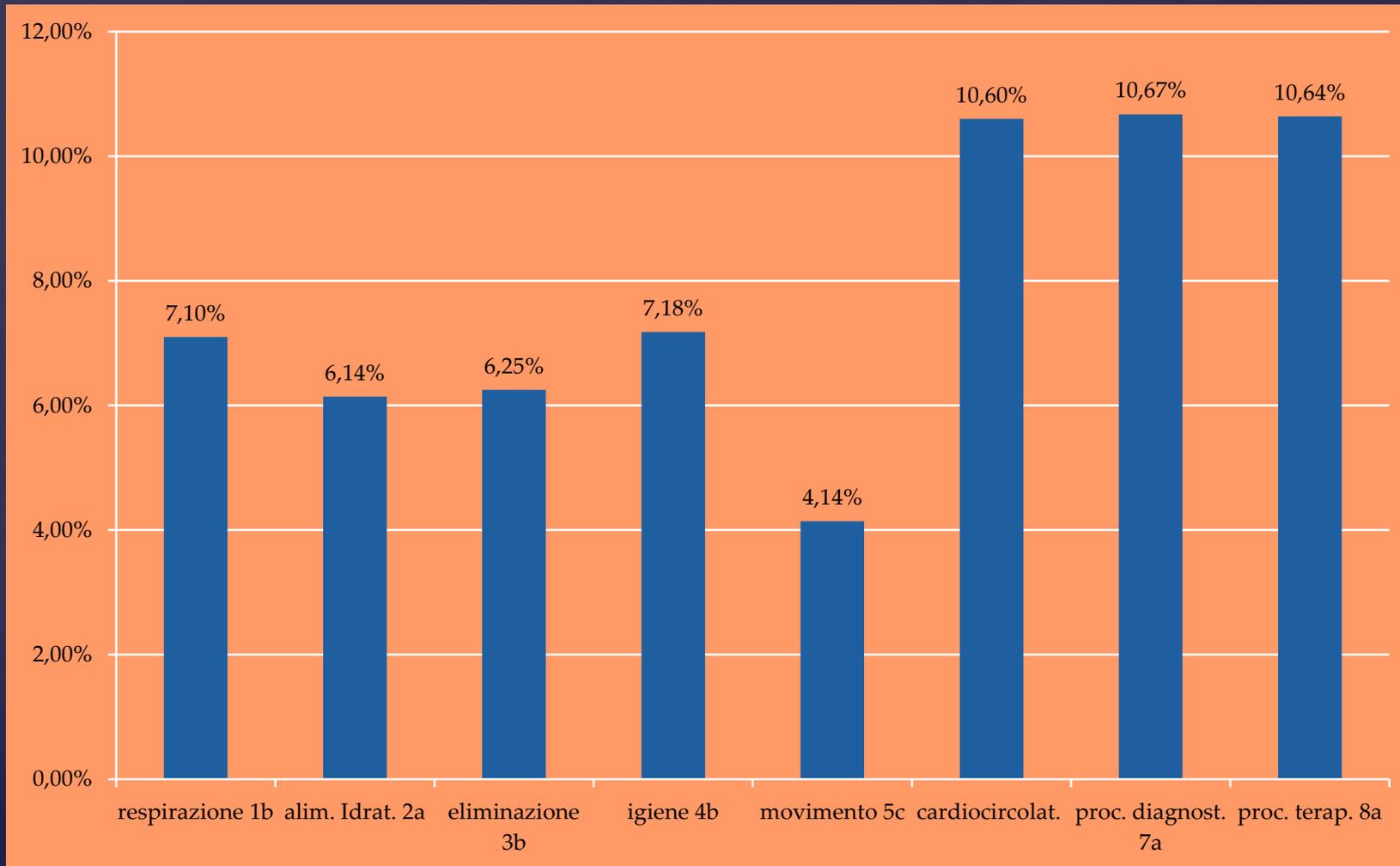
A 70% dei pazienti viene inserito un cvp
tra il 4% e il 28% di questi accessi
NON sono necessari

il 69% degli accessi periferici sono associati a
complicanze (ostruzione, dislocazione, flebite)
che comportano almeno il 90 % delle
rimozioni, prima del termine del trattamento
terapeutico o della sostituzione pianificata.

Analisi delle schede SIPI

(Sistema Informativo Performance Infermieristica)

Item più rappresentativi delle schede dei pazienti classificati ad Alta Complessità Assistenziale



CARDIOCIRCOLO: PA rilevate 2 volte/die + TC rilevata 1 volta/die + polso periferico rilevato 2 volte/die + dolore rilevato 1 volta/die = 6 rilevazioni nelle 24 ore (**item positivo**)

PROCEDURE DIAGNOSTICHE: Si riferisce all'esecuzione di procedure diagnostiche relative al prelievo di materiale biologico (**sangue**, urine, feci DTX ecc.)

PROCEDURE TERAPEUTICHE: Si riferisce alla somministrazione di farmaci (**e.v. – in infusione continua**, **nutrizione parenterale**)

& Caratteristiche del patrimonio venoso

- UNICITA'
- NON RINNOVABILITA'
- PROGRESSIVO DEPAUPERAMENTO del patrimonio venoso

& Linee Guida

& Infusion Nursing Society 2021

VALUTARE ATTENTAMENTE:

- & Necessità di posizionamento del catetere venoso periferico
- & Valutare la permanenza quotidianamente
- & Rimuovere tempestivamente in caso di non utilizzo

⌘ Se l'inserimento del primo accesso venoso periferico «fallisce» questo aumenta il rischio di futuri fallimenti negli inserimenti successivi.

⌘ I primi tentativi d'inserimento falliscono fino al 40% negli adulti e fino al 65% nei bambini.



SCHEDA PER LA GESTIONE ED IL MONITORAGGIO DEL CVP IN NEFROLOGIA - 1

Etichetta dati anagrafici

Indicazioni al posizionamento del CVP

1) Correzione elettrolitica _____

2) Idratazione _____

3) Terapia antibiotica _____

4) Esame diagnostico _____

5) Intervento ch. _____

6) Altro: _____

Data posizionamento: _____ ora: _____

Sigla infermiere _____

7) Sede:

0 braccio dx sx 0 mano dx sx 0 altro:

8) Disinfezione cute:

0 clorexidina 0 altro:

9) Agocannula in Teflon: 0 G22 0 G20 0 G18

10) Medicazione: 0 film idroreattivo 0 altro:

11) Difficoltà: 0 bassa 0 media 0 alta

12) Pompa infusiva: 0 volumetrica

0 p. siringa

13) Note: _____

Scegliere la sede più idonea per l'inserimento del cvp e successiva gestione.

Valutare le condizioni che rendono difficile l'accesso - ridurre il rischio di fallimento al primo inserimento perché questa condizione aumenta il rischio di complicanze.

Documentare il motivo dell'inserimento.

Il calibro del CVP deve essere compatibile con le dimensioni del vaso: le cannule più grosse sono associate a maggiori complicanze.



SCHEDA PER LA GESTIONE ED IL MONITORAGGIO DEL CVP IN NEFROLOGIA - 2

MONITORAGGIO GIORNALIERO CVP (MAX 96 ORE)

DATA	SCORE	SIGLA									

Note:

COMPLICANZE CHE HANNO RICHiesto LA RIMOZIONE PRECOCE DEL CVP

SCORE
0 1 2 3 4 5

OCCLUSIONE
CATETERE

RIMOZIONE
ACCIDENTALE

18) ALTRO:

Note:

Data di rimozione:

Infermiere:

Ispezione del sito d'ingresso e controllo della pervietà dell'ago.

Rivalutare la necessità del dispositivo e documentare: la necessità di una via venosa deve essere rivista almeno una volta al giorno

Rimuovere il cvp al primo segno di malfunzionamento o complicanze locali.

Un nuovo cvp deve essere inserito solo se necessario

Visual infusion phlebitis score

Il sito endovenoso appare sano.



0



Nessun segno di flebite.
Osservare la cannula

Dopo il controllo sul punto di inserzione si segnala:
- leggero dolore oppure
- leggero rossore



1



Possibile primo segno di flebite.
Osservare la cannula

Se evidenti sul sito endovenoso almeno 2 dei segni seguenti:
- dolore
- arrossamento
- gonfiore



2



Fase iniziale di flebite.
Riposizionare la cannula

Visual infusion phlebitis score

Se sono evidenti tutti i segni seguenti:

- dolore lungo il percorso della cannula
- arrossamento al sito
- gonfiore



3



Fase media di flebite.

Riposizionare la cannula.

Valutare se da trattare

Se evidenti ed ampi tutti i segni seguenti:

- dolore lungo il percorso della cannula
- eritema attorno al sito
- gonfiore/indurimento
- presenza di cordone venoso palpabile



4



Fase avanzata di flebite o inizio di tromboflebite.

Riposizionare la cannula.

Valutare se da trattare

Se evidenti ed ampi tutti i segni seguenti:

- dolore lungo il percorso della cannula
- eritema attorno al sito
- gonfiore/indurimento
- presenza di cordone venoso palpabile
- piressia



5



Fase avanzata di tromboflebite.

Riposizionare la cannula.

Iniziare il trattamento

Jackson et al.

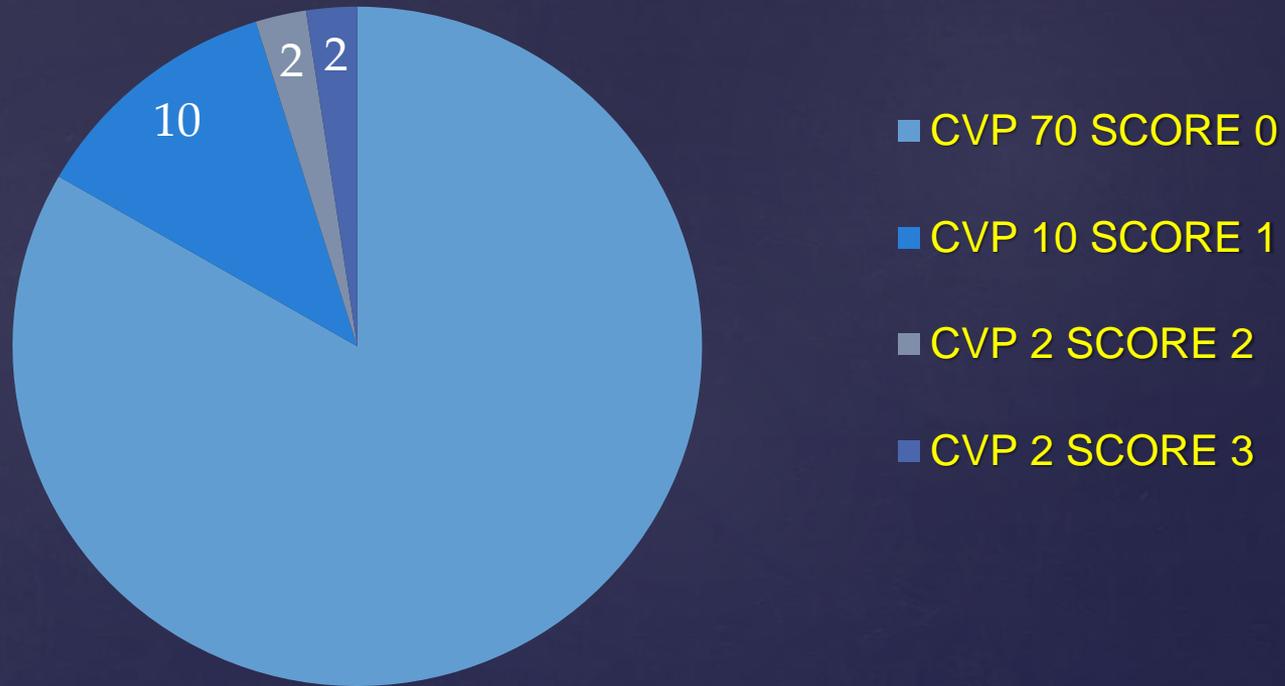
Nurs Times. 1998 ; 94: 4, 68-71

Quando sostituire il cvp

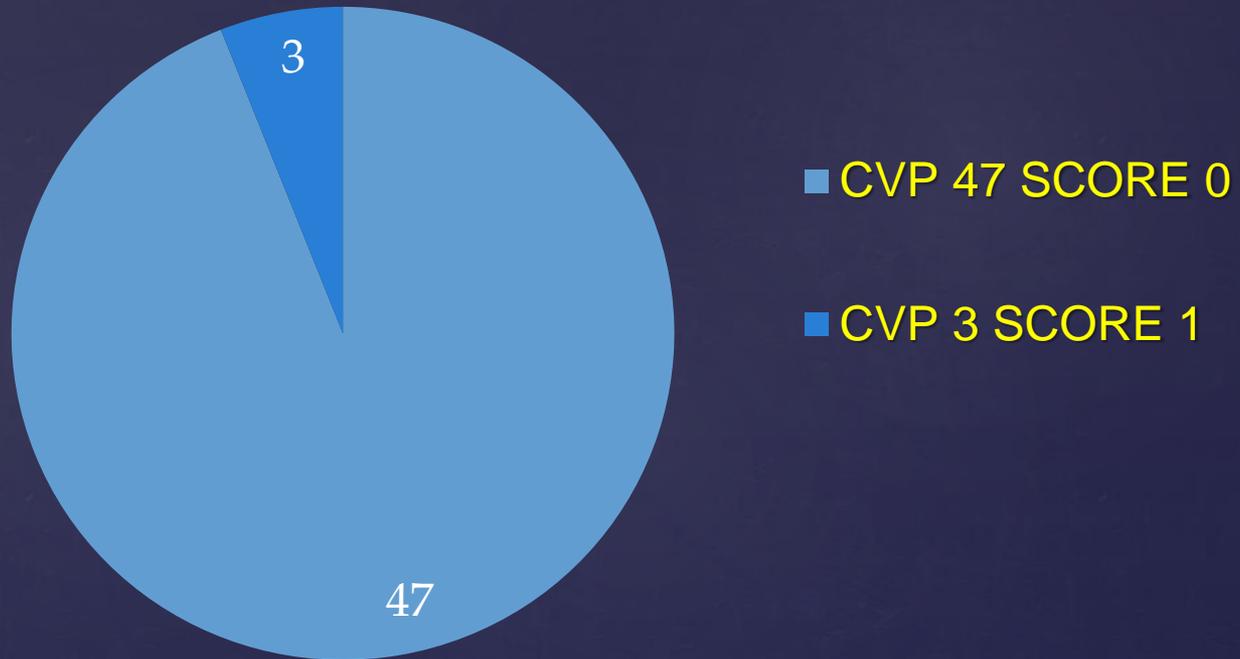
Flebite, ostruzione, infezioni, infiltrazioni, stravasato

NON esistono prove di efficacia a supporto della tesi che prendono in considerazione la sostituzione dei CVP nell'arco temporale 72-96 ore.

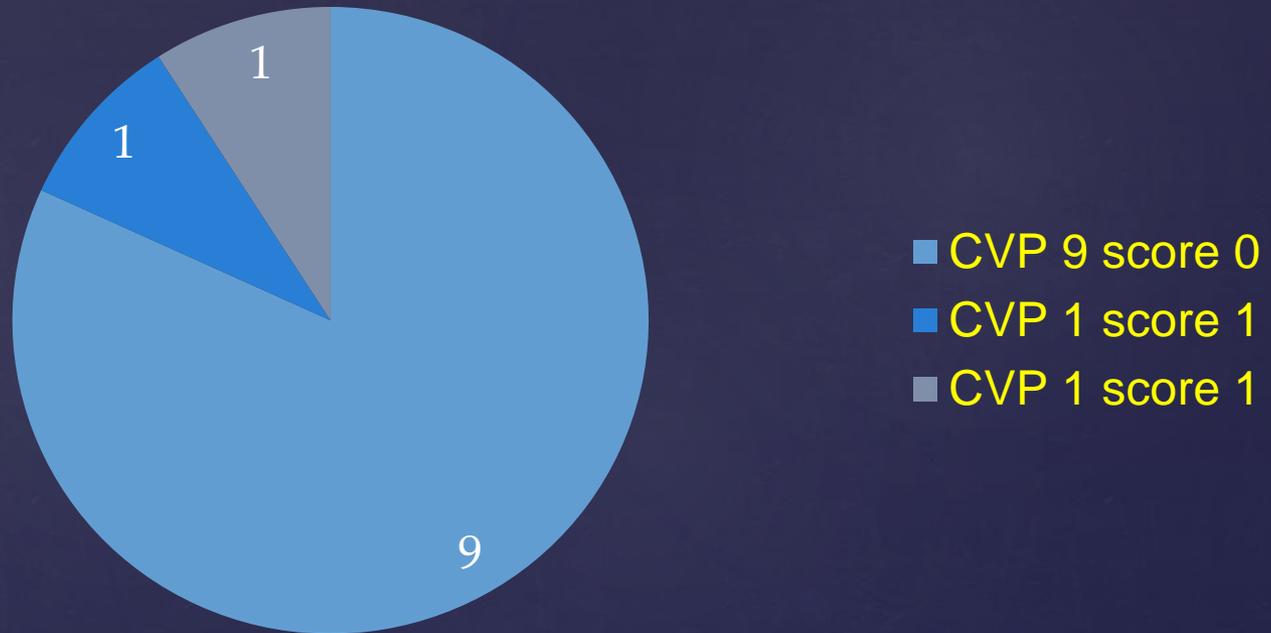
Considerare il cambio del device solo quando clinicamente indicato e quindi senza intervalli di tempo prefissati



SCORE CVP DOPO 4 GIORNI

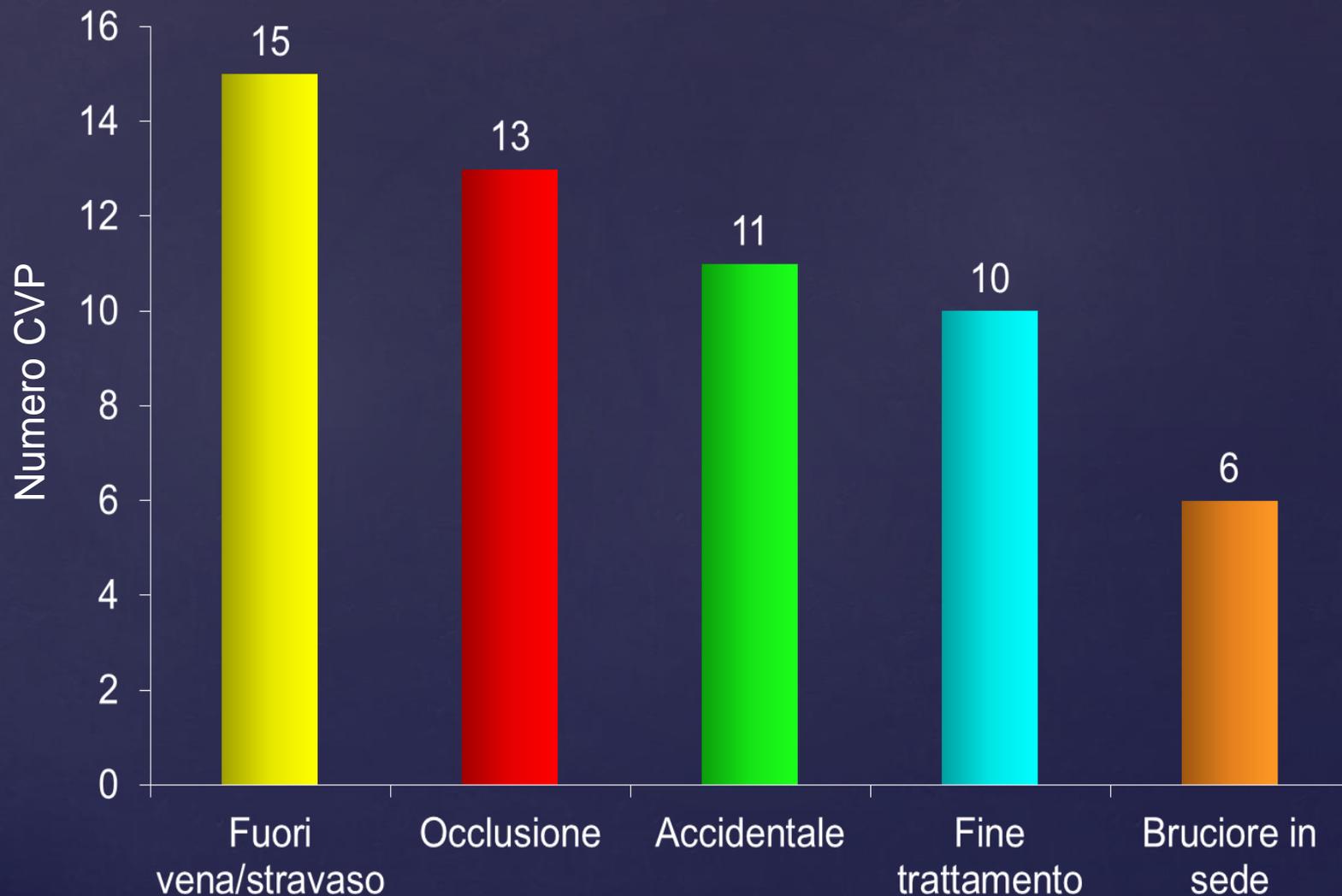


SCORE CVP DOPO 5 GIORNI



SCORE CVP DOPO 6 GIORNI

CAUSE RIMOZIONE CVP PRIMA DI 3 GIORNI



Evidence based nursing Problem solving proattivo

UTILIZZO di scale di valutazione rischio
depauperamento venoso lo stato del patrimonio
venoso.

Venous Depletion Risk (VDR)

L'implementazione di scale di permette di pianificare il
piano assistenziale infermieristico della persona
assistita

Vascular Access Clinical Nurse Specialist October 2018

RUOLO DELL'INFERMIERE

L'infermiere ha il compito di eseguire un accurato accertamento vascolare all'inizio e per tutta la durata della permanenza del paziente presso il proprio reparto, inoltre deve individuare quale sia il dispositivo più adatto al paziente per permettere di:

- ⌘ Diminuire le complicanze
- ⌘ Preservare patrimonio venoso
- ⌘ Diminuire o eliminare il tempo impiegato a reperire accessi venosi improbabili
- ⌘ Aumentare la soddisfazione del paziente
- ⌘ Ridurre i costi

L'ACCESSO VENOSO PERIFERICO

Molto utilizzato nella pratica clinica
poiché:

& Facile da reperire

& Presente complicanze meno gravi
rispetto al catetere venoso centrale

& Economico

Negli ultimi anni ai pazienti con patrimonio venoso scarso spesso vengono posizionati MIDLINE e PICC

PICC TEAM

gruppo di infermieri specializzati operanti in alcune Strutture dell'Azienda.

La S.C. di Nefrologia attualmente non rientra nel progetto.

L'INFERMIERE IN NEFROLOGIA:

- ⌘ Preserva il braccio dove verrà allestita la FAV
- ⌘ Predilige le mani per eseguire prelievi venosi e posizionare cvp
- ⌘ Se il patrimonio venoso è molto scarso chiede al medico il posizionamento di un cvc infusionale o del cvc da emodialisi con la via infusionale
- ⌘ Non utilizza mai un catetere da emodialisi (se non in urgenza o per eseguire esami colturali)

ETICHETTA

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Lecco
S.C. Nefrologia e Dialisi

SCHEDA MEDICAZIONI CVC

MODELLO CVC	CATETERE PRESENTE ALL'INGRESSO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NUMERO VIE	SEDE <input type="checkbox"/> GIUGULARE INTERNA DX <input type="checkbox"/> SUCLAVIA DX <input type="checkbox"/> FE MORALE DX <input type="checkbox"/> GIUGULARE INTERNA SX <input type="checkbox"/> SUCLAVIA SX <input type="checkbox"/> FE MORALE SX
DATA POSIZIONAMENTO	
DATA RIMOZIONE	MOTIVO <input type="checkbox"/> TERMINE TRATTAMENTO <input type="checkbox"/> DISLOCAZIONE <input type="checkbox"/> OSTRUZIONE <input type="checkbox"/> SOSPETTA INFEZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO.....
ESAME CULTURALE Data _____	<input type="checkbox"/> SEDE PRELIEVO Esito referto: _____ Data referto: _____
ESAME CULTURALE Data _____	<input type="checkbox"/> SEDE PRELIEVO Esito referto: _____ Data referto: _____
ESAME CULTURALE Data _____	<input type="checkbox"/> SEDE PRELIEVO Esito referto: _____ Data referto: _____

NOTE:						
DATA	TIPO MEDICAZIONE	ANTISETTICO	MEDICAZIONE SOSTITUITA PER	SCORE	NOTE	FIRMA
	<input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza e cerotto	<input type="checkbox"/> Chlorapep <input type="checkbox"/> Amuchina <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Termine 48H/7 gg <input type="checkbox"/> Sporca <input type="checkbox"/> Staccata <input type="checkbox"/> Bagnata <input type="checkbox"/> E.D. <input type="checkbox"/> Altro		<input type="checkbox"/> In ordine	
NOTE:						



ECOGRAFIA INFERMIERISTICA

- ⌘ E' ecografia operativa a supporto delle procedure infermieristiche, non un' ecografia diagnostica
- ⌘ La tecnica ecografica offre la possibilità di ridurre la difficoltà di alcune manovre, aumentarne la sicurezza e ridurre le complicanze

L'ECOGRAFIA

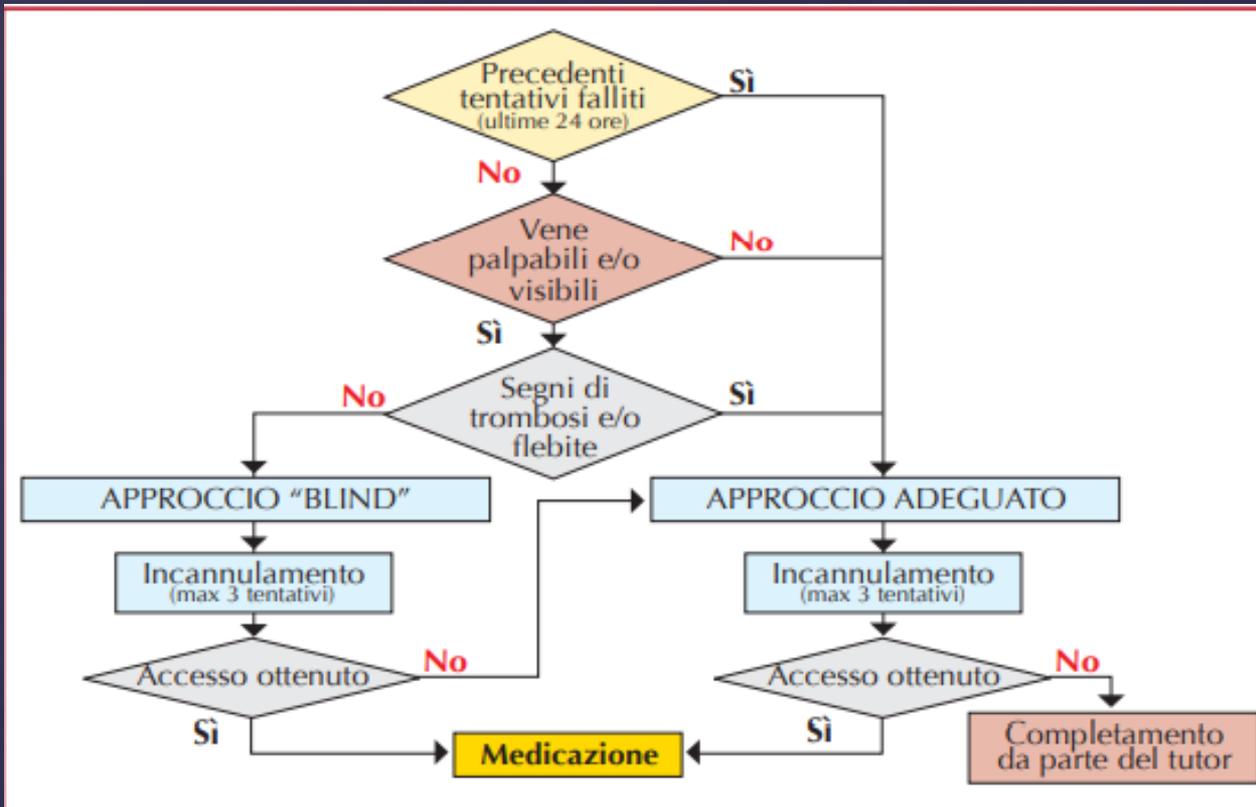
- ⌘ L'ecografia è una tecnica diagnostica basata sull'eco di onde ultrasoniche ad una determinata frequenza
- ⌘ Fasci di alta frequenza verranno utilizzati per studiare strutture superficiali, mentre fasci di frequenze più basse penetrando in profondità permettono una migliore visione delle zone più profonde.

QUALI SONO I CAMPI DI AZIONE DELL' ULTRASOUND NURSING?

- ⌘ Reperimento accessi venosi periferici poco o per nulla visualizzabili
- ⌘ Controllo di ristagno vescicale e del corretto posizionamento del catetere
- ⌘ Verifica del posizionamento del sondino naso gastrico
- ⌘

L'ECOGRAFIA COME SUPPORTO NELLA GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI

- ❧ Vasi non visibili / non palpabili
- ❧ Vasi danneggiati (chirurgia/radioterapia pregressa, abuso di sostanze per via e.v., precedenti accessi venosi multipli, pregresse trombosi superficiali)
- ❧ Storia di accessi venosi difficoltosi
- ❧ 2 tentativi infruttuosi di accesso con metodica tradizionale alla cieca

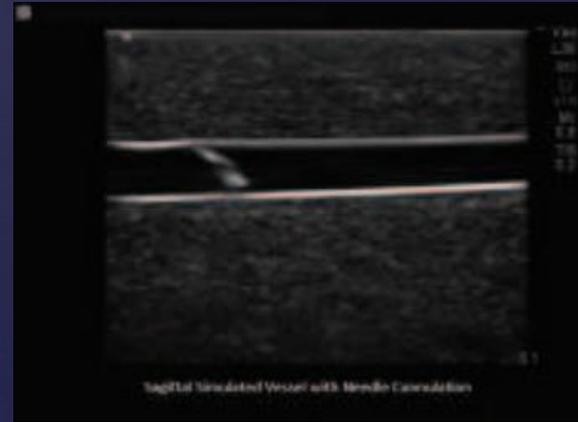


Ultrasound-guided peripheral intravenous catheters placement in difficult venous access patients by novice nurses (2013)

In caso di utilizzo del supporto ecografico è più facile valutare il calibro della vena che dovrebbe essere superiore o uguale a 3 volte la dimensione esterna del device (rapporto CVP/Vein Ratio: 1:3) in più si consiglia sempre di utilizzare il catetere venoso con il diametro esterno più piccolo possibile, con il minor numero di lumi, compatibilmente con la terapia prescritta. (Norme Generali INS 2021 26.3).

L'INFERMIERE DEVE RICORDARSI CHE:

- ⌘ La vena in ecografia è una struttura canalicolare, circolare in proiezione trasversale e cilindrica in proiezione longitudinale
- ⌘ Una vena normale è facilmente comprimibile fino al collasso con la sonda, se non è comprimibile significa che è trombizzata
- ⌘ Le arterie si comprimono con difficoltà e pulsano
- ⌘ L'ago metallico in ecografia appare ecogeno (toni grigio chiaro/bianco)



QUAL E' IL MAGGIO RISCHIO NELL'UTILIZZO DELL'ECOGRAFO?

Il rischio principale della puntione venosa ecoguidata è connesso al possibile incanalamento errato dell'arteria brachiale (o di una sua branca), è per cui doveroso procedere ad alcuni controlli prima di procedere all'incanalamento del vaso e prima dell'inoculazione di farmaci

MASTER IN ECOGRAFIA INFERMIERISTICA

- ⌘ Master di primo livello
- ⌘ 1500 ore (60 CFU)
- ⌘ Il Master ha lo scopo di fornire le competenze culturali sulla metodica ecografica quale strumento diagnostico/terapeutico con finalità di propedeuticità alle attività assistenziali.





SUGGERIMENTI PER PERMETTERCI DI LAVORARE AL MEGLIO...





Grazie per l'attenzione!