

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

Fuzzi Raffaella

fuzziraffaella@gmail.com

raffaella.fuzzi@auslromagna.it

Team sede di Forlì

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

Cosa è cambiato nella gestione?

1. Comportamenti di gestione basati sulla EBP

Linee guida nazionali/internazionali

Buone pratiche Regionali

Procedura AVR

Procedure Aziendali

Protocolli delle singole unita' operative

2. Consapevolezza che molte complicanze di gestione sono favorite o causate da una scelta inappropriata del VAD o da comportamenti inappropriati durante l'impianto

EDUCAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE

operatori sanitari

pazienti

famigliari



3. Team dedicati (**EQUIPE GESTIONALE COMPETENTE**)

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

RUOLO INFERMIERISTICO

Consapevolezza dei propri limiti

Appropriatezza e competenza

Bisogno di formazione e aggiornamento per implementare il proprio background

Erogazione di prestazioni qualitativamente elevate e in linea con gli standard internazionali

Normativa DM 739/94 profilo professionale

Legge 42/99 attività infermieristica come professione sanitaria

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

Concetto di “targeting zero”

...un nuovo atteggiamento culturale in grado di assicurare ai pazienti la maggior sicurezza possibile in termini di rischio infettivo

L'obiettivo di minimizzare/azzerare le complicanze infettive associate a catetere vascolare può essere ottenuto attraverso la combinazione di strategie comporta-mentali e di innovazioni tecnologiche a basso costo e ad alta e provata efficacia. Benché nessuno di questi interventi da solo possa essere considerato sufficiente al raggiungimento dell'obiettivo, è possibile, però, identificare una serie di raccomandazioni (cioè un “Bundle”) che, applicate tutte insieme, realizzano una sinergia che garantisce il miglior risultato possibile.

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

Concetto di “Bundle”

Si intende per ‘bundle’ un insieme di raccomandazioni cliniche che se applicate in maniera simultanea, assidua e controllata da ogni operatore per ogni paziente è in grado di minimizzare o azzerare determinate complicanze, garantendo il miglior outcome possibile.

BUNDLES E CHECKLIST			
CDC 2011	epic 2013	SHEA 2014	INS2016
<p>Adottare iniziative ospedale-specifiche o multicentriche finalizzate al miglioramento della <i>performance</i> in ambito della prevenzione delle infezioni; ad esempio utilizzando <i>bundles</i> che raggruppando insieme strategie molteplici possano aumentare la <i>compliance</i> del personale nei confronti della adozione di comportamenti e tecnologie raccomandati sulla base delle evidenze scientifiche [15, 69, 70, 201–205]. Categoria IB</p>	<p>Si raccomanda di modificare la organizzazione in modo da indurre i sanitari a ‘fare la cosa giusta’: mettere tutto l’equipaggiamento necessario in un carrello per facilitarne l’accessibilità; utilizzare una <i>checklist</i>;</p>	<ul style="list-style-type: none"> Stabilire localmente una procedura quale ad esempio una <i>checklist</i> per assicurare l’aderenza alle misure di prevenzione delle infezioni al momento dell’inserimento di un CVC, sia nelle UTI che non. Utilizzare un carrello o un kit omnicomprensivo per l’inserimento dei cateteri 	<p>A. 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; evitare il posizionamento di cateteri in elezione nella vena femorale dei pazienti obesi adulti.³(I)</p> <p>B. Assicurare l’aderenza alla tecnica appropriata utilizzando una <i>checklist</i> standardizzata compilata da un medico o</p>

Esempio di Bundle: Sophie Harnage (2007)

- ⦿ Selezione del sito con impianto eco-guidato
 - ⦿ Massime precauzioni di barriera
 - ⦿ Revisione del sito di accesso e gestione della medicazione
 - ⦿ Connettori valvolati
 - ⦿ Disinfezione dei connettori valvolati
 - ⦿ Protocollo di lavaggio
 - ⦿ Ispezione quotidiana dei PICC
-

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

“Bundle”

- IGIENE DELLE MANI e MASSIME PRECAUZIONI DI BARRIERA
- SCELTA APPROPRIATA DEL SITO DI INSERZIONE
ordine di preferenza: metà braccio, zona sottoclavicolare, zona supraclavicolare, collo, inguine).
- IMPIANTO ECOGUIDATO, OVUNQUE POSSIBILE PER I CATERI A INSERZIONE CENTRALE CHE CATERI A INSERZIONE PERIFERICA.
- UTILIZZO DI CLOREXIDINA AL 2% PER L'ANTISEPTICITÀ CUTANEA PRIMA DELL'INSERZIONE NONCHÉ PER L'ANTISEPSI CONTINUA O DISCONTINUA DELL'INSERZIONE.
- IMPIEGO DI SUTURELESS DEVICES PER IL FISSAMENTO DEL CATERE, OVUNQUE POSSIBILE.
- IMPIEGO DI MEDICAZIONI SEMIPERMEABILI TRASPARENTI, OVUNQUE POSSIBILE

RIMOZIONE IMMEDIATA DEL CATERE VENOSO QUANDO NON PIÙ INDISPENSABILE.



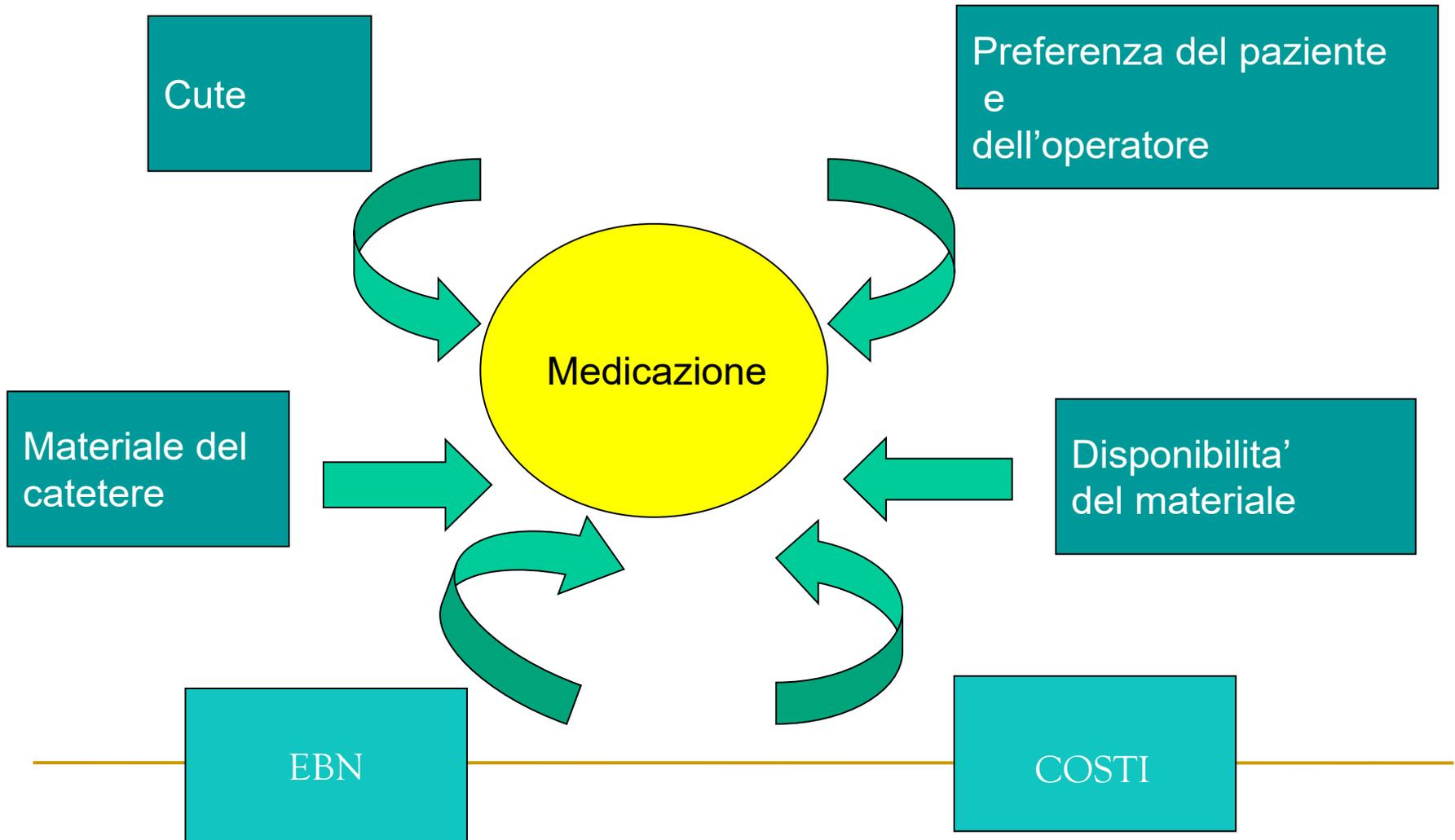
45.2 I dispositivi per accesso venoso vengono rimossi quando è clinicamente indicato (es. complicazione, interruzione della terapia infusione, o quando non sono più necessari per il piano di cura).

45.3 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.

INS 2021

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

Scelta della medicazione



Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

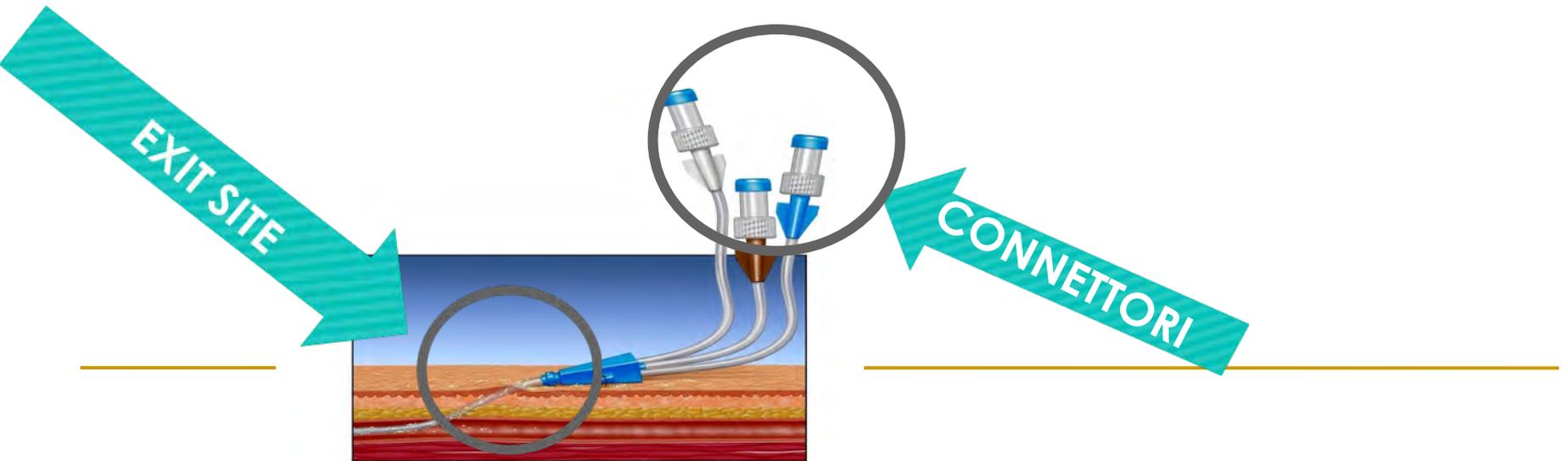
LE FASI DELLA MEDICAZIONE

1.PREPARAZIONE

2.RIMOZIONE DELLA VECCHIA MEDICAZIONE

3.CONFEZIONE DELLA NUOVA MEDICAZIONE

4.GESTIONE DELLA NUOVA MEDICAZIONE



Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

MEDICAZIONE

Preparazione del materiale occorrente

Lavaggio delle mani

Rimuovere la medicazione sporca ed eventuale sistema di fissaggio

Lavaggio delle mani

Indossare guanti sterili (o tecnica no-tach)

Disinfezione porte di accesso

Eseguire lavaggio attivo

Disinfezione exit site

Posizionare eventuale sistema di fissaggio

Applicare cerotto semipermeabile trasparente

Smaltimento rifiuti

Lavaggio mani

Utilizzare un kit di cambio della medicazione per standardizzare la procedura e migliorare la produttività.^{1,16} (V)

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

MEDICAZIONE

Preparazione del materiale occorrente

Lavaggio delle mani (**acqua e sapone o gel alcolico**)

Rimuovere la medicazione sporca ed eventuale sistema di fissaggio

Lavaggio delle mani (**acqua e sapone o gel alcolico**)

Indossare guanti sterili (o tecnica no-tach)

SHEA 2014 (prevenzione delle CRBSI in Terapia Intensiva)

EPIC 2014 (Evidence-based Practice in Infection Control, UK)

CDC Atlanta 2011 (Centers for Disease Control, USA)

INS 2024 (Infusion Nursing Society, USA)

ESPEN 2009



L'uso di guanti puliti (!) monouso e di guanti sterili non esima dall'obbligo di lavarsi le mani!

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

PREPARAZIONE DELL'OPERATORE:L'USO DEI GUANTI

- ✓ **indossare guanti puliti durante l'inserimento di cateteri venosi periferici**, purché il sito di impianto non venga palpato dopo l'applicazione di antisettici cutanei;
- ✓ **indossare guanti sterili durante l'inserzione di cateteri venosi centrali, cateteri periferici tipo Midline e agocannule "lunghe"**;
- ✓ cambiare i guanti sterili prima di maneggiare il nuovo catetere da inserire quando si effettua una sostituzione di catetere su guida;
- ✓ **indossare guanti puliti quando viene rimossa la medicazione di un CVC, di un PICC o di un Midline**;
- ✓ indossare guanti sterili quando viene disinfettato il sito di emergenza di un CVC, di un PICC o di un Midline, quando viene sostituito il sutureless device e quando viene applicata la nuova medicazione

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

TESSERINO IDENTIFICATIVO

Nessuna delle linee-guida include una raccomandazione specifica su questo argomento.

Ciononostante è certamente utilissimo che colui che effettua la medicazione sappia che tipo di catetere deve manipolare.

Le informazioni dovrebbero comprendere:

Tipo di catetere

Data di impianto

Lunghezza del catetere

Volume di riempimento

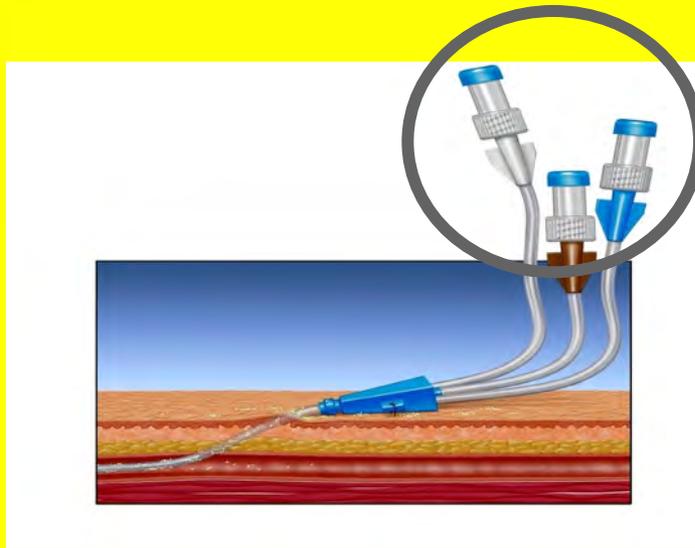
Il tesserino identificativo è presente nella confezione di tutti gli Accessi Vascolari a medio e lungo termine. Darlo sempre, opportunamente compilato, al paziente dopo l'impianto

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

MEDICAZIONE

Disinfezione porte di accesso

Needleless systems



- Riduzione punture accidentali operatore
- Riduzione infezioni
- Riduzione ostruzione

Eseguire lavaggio attivo

- Sostituzione settimanale o con la linea infusionale
- Riducono i danni da “clampaggio”

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

Lavaggio e chiusura del sistema con Needle free connectors (NFC)



NFC pressione neutra

- Prevenzione delle occlusioni (backflow irrilevante)
- Prevenzione delle infezioni batteriche
- Suggerito dalle linee guida



NFC pressione negativa

- Rischio di backflow
- Prevenzione delle infezioni batteriche



NFC pressione positiva

- Prevenzione delle occlusioni (backflow assente)
- **Rischio di contaminazione batterica**



Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

COME DISINFETTARLI?

CDC 2011: Clorexidina 2%, iodopovidone o alcool 70%

Non molte evidenze sul tempo di disinfezione: 15 sec?

Sicuramente ruolo fondamentale della “frizione” (scrubbing) oltre che del contatto con il disinfettante



Port protector



Metodi alternativi per disinfettare e/o proteggere la linea
I vantaggi di Port protector e CURIOS
Maniera
protezione
settico

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

MEDICAZIONE

Eseguire lavaggio attivo

. Il *flush* di qualunque dispositivo per accesso venoso va effettuato utilizzando soluzione fisiologica.¹⁷ (V)

1. Il *flush* va eseguito con un volume di fisiologica pari almeno al doppio del volume interno del sistema (ad es. catetere venoso più prolunga). Nel paziente adulto, si consigliano volumi anche maggiori (5 ml per i cateteri venosi periferici, 10 ml per i cateteri venosi centrali), al fine di rimuovere dal lume più efficacemente i depositi di fibrina, i precipitati di farmaci, e gli altri detriti presenti. La scelta del volume del *flush* si basa sul tipo e sul calibro del catetere, sull'età del paziente, e sul tipo di terapia infusionale. **Quando si infondono sangue o emoderivati, nutrizione parenterale con lipidi, mezzo di contrasto e altre soluzioni ad alta viscosità sono probabilmente necessari volumi anche maggiori di quelli su indicati.^{7,18-22} (IV)**

4. Usare destrosio al 5% in acqua seguito da cloruro di sodio 0,9% senza conservanti quando il farmaco è incompatibile con il cloruro di sodio. Non permettere che il destrosio risieda nel lume del catetere perché fornisce nutrienti per la crescita del biofilm.^{26,27} (IV)

5. Il flush non deve essere mai effettuato con acqua sterile.²⁸ (V)

QUANDO EFFETTUARE FLUSHING E LOCK?

41.1 **Prima di ogni infusione** è buona regola lavare il catetere venoso (*flushing*) e verificare il ritorno di sangue previa aspirazione, così da valutare il buon funzionamento del catetere e prevenire le complicanze.

41.2 **Dopo ogni infusione endovenosa**, occorre lavare il catetere venoso per eliminare tracce residue del farmaco all'interno del lume, allo scopo di ridurre il rischio di interazione tra medicinali incompatibili.

41.3 **Al momento della chiusura del catetere**, dopo un ulteriore lavaggio, 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 infezione ematica associata a catetere.

41.4 Protocolli standardizzati per le soluzioni di *flush* e *lock* sono definiti all'interno di ogni organizzazione.

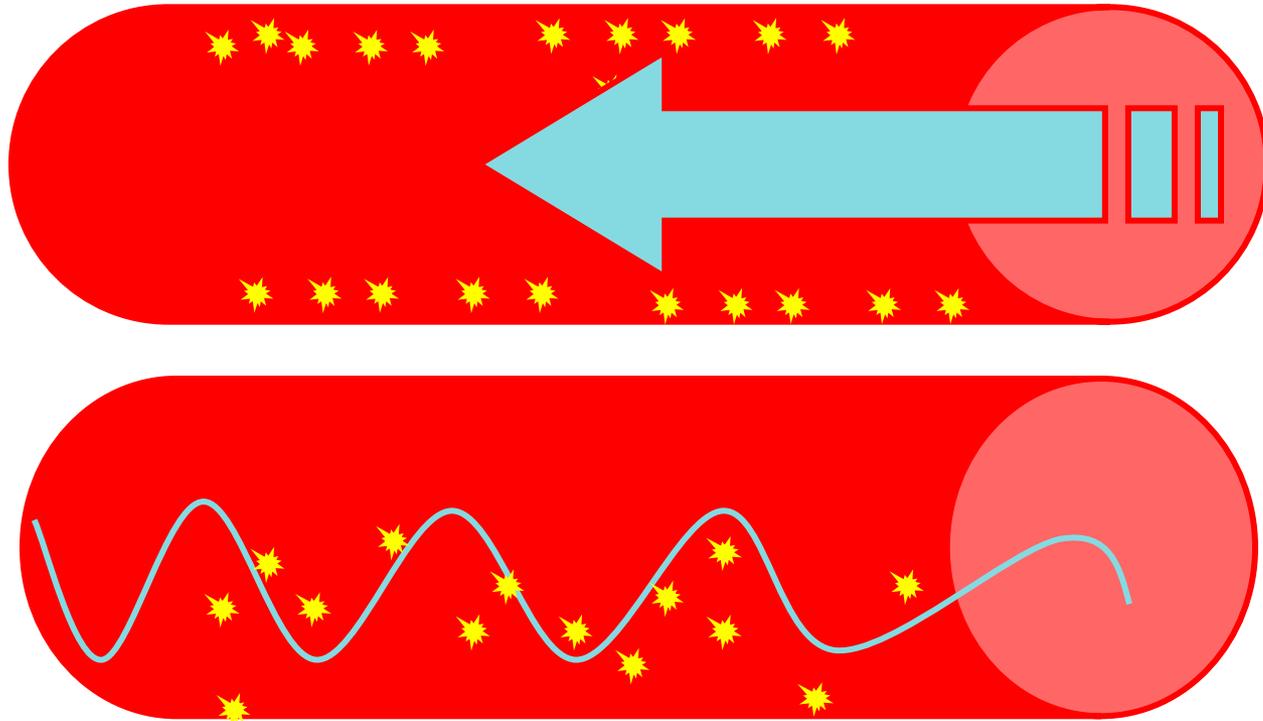
A. Il *flush* e il *lock* vanno effettuati usando sistemi monodose (ad es. fiale monodose o siringhe pre-riempite etichettate).

B. Se è necessario utilizzare fiale multidose, dedicare una fiala allo stesso, singolo paziente.

INS 2024



✓la TECNICA STOP AND GO : consiste nell' interrompere frequentemente l' iniezione della soluzione per far sì che aumentino le turbolenze all' interno del lume, così da ottenere una migliore detersione del catetere.



✓la TECNICA DELLA PRESSIONE POSITIVA : consiste nel clampare il catetere o estrarre l' ago continuando ad iniettare l' ultima quantità di soluzione (0,5 ml) così da creare una pressione positiva che vinca quella venosa impedendo il reflusso ematico nel catetere

Lavaggio del catetere

Lavaggio dei cat. valvolati

Ogni 7 giorni quando non in uso

Dopo la somministrazione endovenosa di NPT, di liquidi o di farmaci :

10cc di salina normale con manovra
“pulsatile”

20cc di salina normale dopo il prelievo ematico, quando si vede sangue nel catetere e dopo infusione di NPT

“Manovra a pressione positiva”

NON NECESSITANO DI EPARINA

Lavaggio dei cat. punta aperta

Dopo la somministrazione endovenosa di NPT, di liquidi o di farmaci:

10cc di salina normale con manovra
“pulsatile”

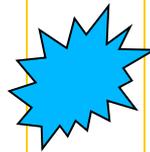
20cc di salina normale dopo il prelievo ematico, quando si vede sangue nel catetere e dopo infusione di NPT

Blocco di Eparina (10-100 UI/ml) 3-5cc a seconda della lunghezza del catetere

Se non in uso ogni 7-10 gg

“Manovra a pressione positiva”

Amts Lj 2011)



**L'evidenza scientifica e come riportato doc regionale
indica che per il flush che per il lock si utilizza sol fis (fl monodose o siringhe pre-riempite)**

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

MEDICAZIONE

Disinfezione exit site

Posizionare eventuale sistema di fissaggio

Applicare cerotto semipermeabile trasparente



Preferibilmente in
alcool isopropilico al
70%

Preferibilmente
colorata

**Clorexidina
gluconato al 2% in
soluzione alcolica**

Preferibilmente in
applicatori monodose

Preferibilmente in
applicatori sterili

NB: NON ASCIUGARE, ma lasciare agire la clorexidina alcolica per 30''
e lo iodio povidone per 2'

VANTAGGI DELLA CLOREXIDINA

Battericida

Ampio spettro (Gram positivi, Gram negativi, anaerobi facoltativi, funghi, virus – incluso HIV – ma non sporicida)

Rapido inizio di attività (30 secondi)

Effetto antimicrobico prolungato

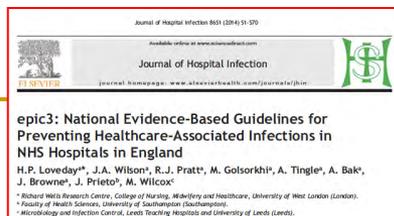
Effetto sinergico con alcool

Attivo in presenza di sangue o siero



CLOREXIDINA:

- ✓ Lavaggio della cute pre-procedura
- ✓ Disinfezione durante la medicazione
- ✓ Protezione prolungata dell'exit site
- ✓ Disinfezione hub (es. needlefree connectors)



INS 2024

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

MEDICAZIONE

Disinfezione exit site

Posizionare eventuale sistema di fissaggio

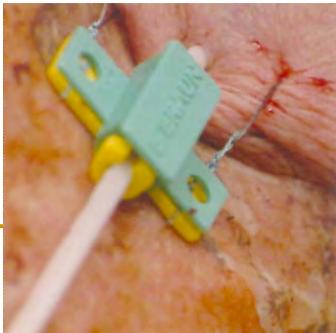
Applicare cerotto semipermeabile trasparente

Punti di sutura? NO GRAZIE!

Le suture provocano **lesioni della cute intorno all'exit site del catetere**, determinando **infiammazione e colonizzazione microbica**
Cattivo fissaggio del catetere, con movimenti di «in e out» e **umentato rischio di trombosi e infezione**

Disconfort del paziente

Rischio di punture accidentali



Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

SUTURELESS DEVICE

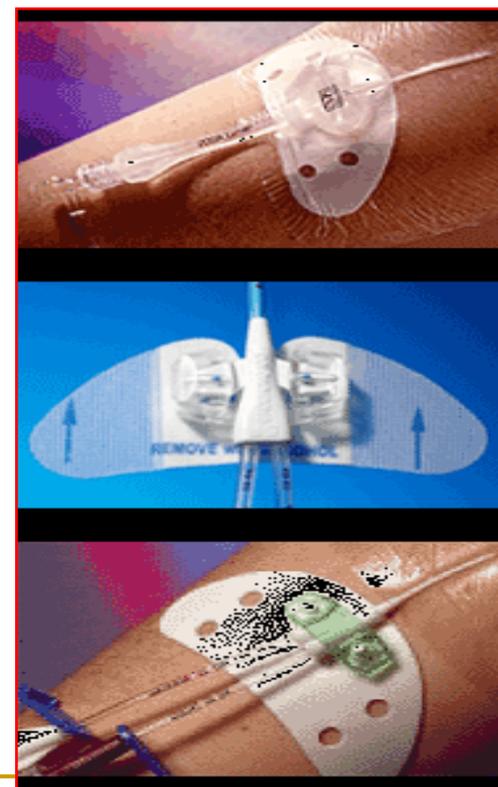


- ✓ Costo 'apparentemente' elevato, in realtà si traducono in un RISPARMIO:
 - ✓ Riduzione dislocazioni
 - ✓ Riduzione infezioni
 - ✓ Riduzione punture dell'operatore
 - ✓ Aumento del tempo medio di permanenza dei cateteri

INS 2021

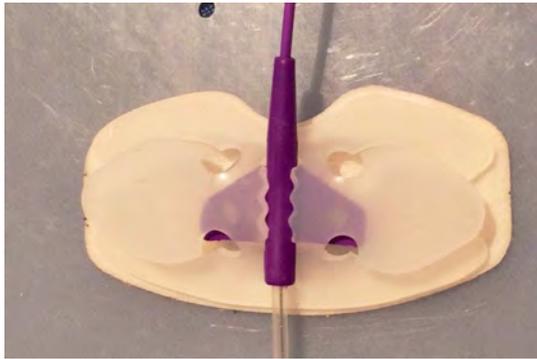
Se ne consiglia l'uso. Per le cannule periferiche si possono usare anche le medicazioni semipermeabili trasparenti sempre tenendo d'occhio il valore del MVTR.

Evitare l'uso di suture in quanto non sono alternative efficaci al dispositivo di fissaggio; le suture sono associate a ferite da aghi, favoriscono la crescita di biofilm e aumentano il rischio di infezione ematica associata a catetere

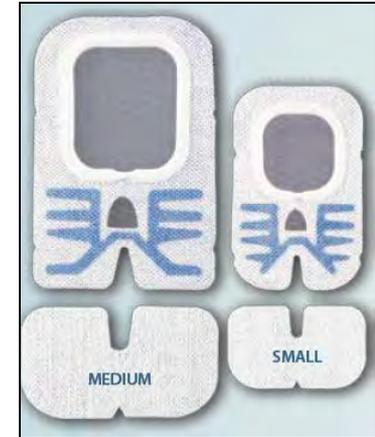


SISTEMI DI STABILIZZAZIONE

Collosi con alloggiamento

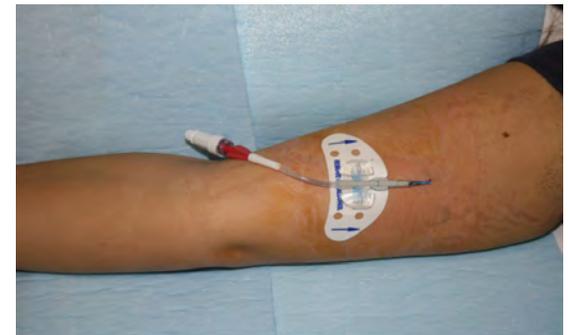


SorbaView

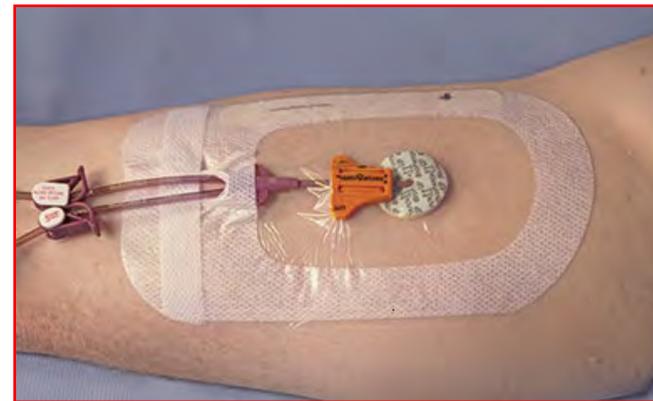


Grip-lok®

Statlock®



Con ancoraggio



Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

MEDICAZIONE

Disinfezione exit site

Posizionare eventuale sistema di fissaggio

Applicare cerotto semipermeabile trasparente

Non aumentano il rischio infettivo (cfr. CDC Atlanta) e anzi lo riducono (cfr. lineeguida EPIC 2007)

Visibilita' del sito di inserzione

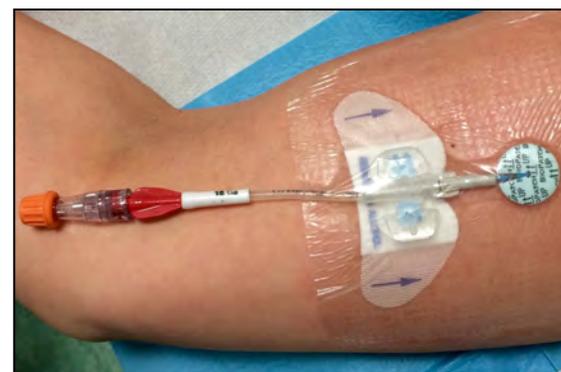
Adesivita': minor rischio di dislocazioni

Protezione da secrezioni

Possibilita' di medicazione settimanale

Utilizzo ideale con feltrini di clorexidina

diminuiscono notevolmente il rischio infettivo
(cfr. CDC Atlanta 2011)



MEDICAZIONI CON GARZA



Vantaggi

Tollerata dai pazienti che presentano allergie alla colla

La proprietà traspirante della garza favorisce un ambiente più asciutto del sito di inserzione con minor possibilità di colonizzazione microbica

Svantaggi

Più soggetta a sporcarsi e bagnarsi

Non consente un'ispezione immediata del sito di inserzione del dispositivo limitando la sorveglianza dei segni di infezione

Maggior cambi delle medicazioni (3-4 giorni)

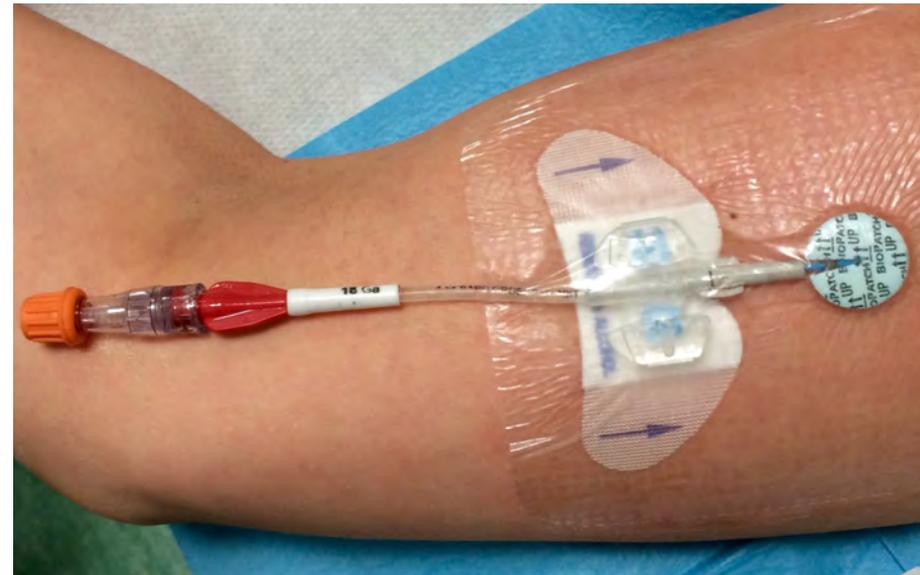
.....sostituirla appena possibile con medicazione trasparente” EPIC 2007

E comunque sempre se sporca ,staccata o bagnata

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

Nell'immediato post-impianto è consigliabile effettuare una medicazione garzata per assorbire eventuale sanguinamento da sostituire dopo 24 ore

MEDICAZIONE DEFINITIVA

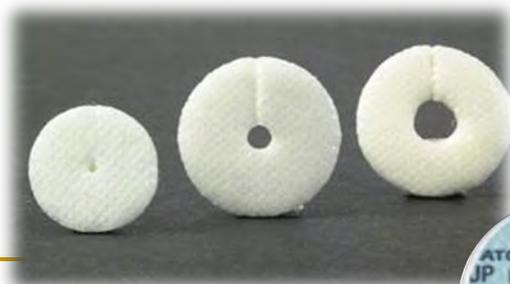
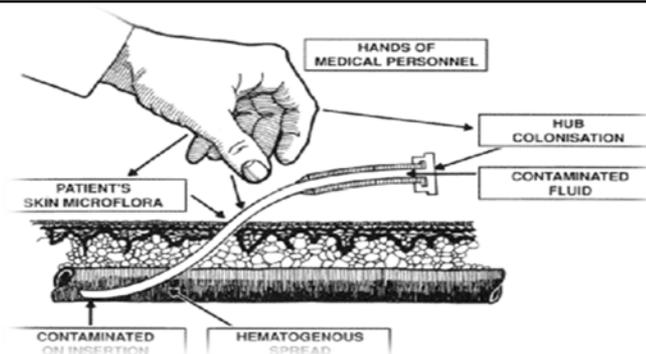


Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

PRESIDI UTILI PER LA GESTIONE

MEDICAZIONI A RILASCIO DI CLOREXIDINA

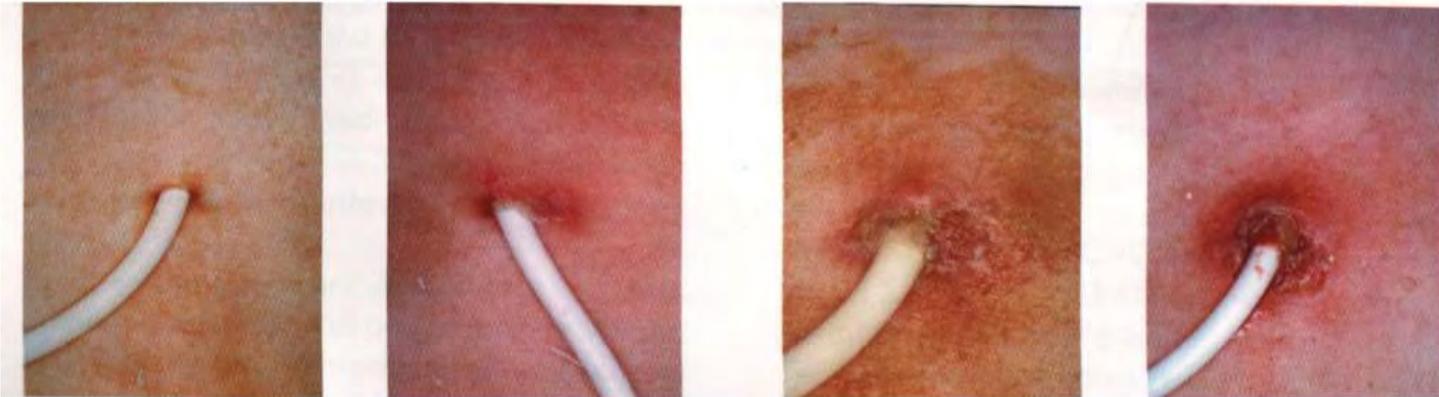
Il Razionale: ridurre la contaminazione 'extraluminale', ovvero che i batteri provenienti dalla cute circostante invadano il sito di ingresso



BIOPATCH®



TEGADERM CHG®



GRADO 0

GRADO 1

GRADO 2

GRADO 3

Grado 0: La cute a livello del sito di inserzione del CVC si presenta sana, integra e non sono evidenti segni di flogosi

Grado 1: Iperemia dell'exit site < a 2 cm e assenza di secrezioni

Grado 2: Iperemia, edema > 2 cm, ulcerazioni e/o secrezioni dell'exit site

Grado 3: Iperemia, edema > 2 cm, ulcerazioni e/o secrezioni dell'exit site ed indurimento del tratto sottocutaneo del CVC

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

BUONE PRATICHE

✓ IVAD25

- ✓ **Non applicare pomate antimicrobiche** sul sito d' impianto del catetere come misura routinaria per la gestione del catetere.

Classe D/GPP

- ✓ **Non impiegare solventi organici** (es. acetone) D/GPP

Epic 2007



Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

BUONE PRATICHE

SORVEGLIANZA DEL SITO DI INSERZIONE

Ispezionare la zona dell'inserzione (escludere la presenza di edema, iperemia, tumefazione o presenza di secrezione purulenta)

Valutare il sito di inserimento del catetere ogni giorno tramite la **palpazione** attraverso la medicazione, per scoprire eventuale gonfiore o tramite l' **ispezione** di una medicazione trasparente.

Se il paziente non ha segni clinici di infezione non rimuovere le medicazioni. Se il paziente ha tumefazione locale o altri segni di possibile batteriemia ispezionare visivamente il sito.



L'ispezione consentirà di quantificare il grado di flogosi locale utilizzando preferibilmente uno score visuale
Tipo **Visual Exit-site Score**

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

SORVEGLIANZA DEL SITO DI INSERZIONE

- ✓ In pazienti che hanno grandi e voluminose medicazioni che impediscono la palpazione o la visione diretta del sito d' inserimento , rimuovere la medicazione e ispezionare visivamente *almeno una volta al giorno e quindi applicare una nuova medicazione* (Categoria II)
- ✓ **Registrare la data, l' operatore, la permanenza del catetere ed i cambi di medicazione su moduli standardizzati** (Categoria II)
- ✓ Invitare i pazienti **a riferire qualsiasi problema legato al sito del catetere** (Categoria II)
- ✓ Non eseguire di routine le colture delle punte dei cateteri (Categoria IA)



Le INS 2021 consigliano di controllare l'exit site ad intervalli programmati in base al tipo di dispositivo usato.

	INS 2021	
CVC	ad ogni infusione e almeno ogni 24 ore	V
Midline	Ogni 24 ore	V
Aghi-cannula	<ul style="list-style-type: none">• Ogni 4 ore in condizioni normali• Ogni 1,2 ore in pazienti critici• Ogni ora nei pazienti pediatrici• <i>Con frequenza ancora maggiore in caso di terapia con vescicanti</i>	V

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

BUONE PRATICHE

CAMBIO DELLA LINEA INFUSIONALE

INS 2021

- Somministrazione continua - Sostituire non più frequentemente di 96 ore ma almeno ogni 7 giorni.
- Somministrazione intermittente – ogni 24 ore
- NPT (con o senza lipidi) – ogni 24 ore
- Emulsioni lipidiche – ogni 12 ore o per ogni sacca nuova.
- Propofol – ogni 6/12 ore
- Sangue e derivati ogni 12 ore.

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

BUONE PRATICHE

ALLESTIMENTO DELLA VIA INFUSIONALE

- Assemblaggio in asepsi
- Limitare rampe e rubinetti !!
- Trovare un giusto compromesso tra lunghezza della linea e comfort del paziente
- Nutripompa vs. regolatori di flusso



Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

BUONE PRATICHE

CERIFICAZIONE\DOCUMENTAZIONE

La documentazione prevede l'inserimento dei seguenti dati:

- ✓ *Data di inserimento*
- ✓ *Tipo di dispositivo*
- ✓ *Sito di inserzione*
- ✓ *Sostituzione/gestione/rimozione*

Database

La creazione di un database ci permette di creare

AUDIT CLINICI e rintracciare ogni evento infettivo.

Gestione e buone pratiche degli accessi venosi

BUONE PRATICHE

PRELIEVI EMATICI

La decisione di usare il CVC per l'esecuzione dei prelievi ematici deve essere presa dopo aver considerato i rischi che ogni passaggio di sangue può determinare nel lume del catetere una occlusione

- Sospendere le infusioni in corso se la via è in uso
- In caso di CVC a più lumi utilizzare sempre il lume del catetere con diametro maggiore
- Evitare i prelievi a livello dei rubinetti di raccordo
- Aspirare con una siringa 5 – 6 ml di sangue da eliminare
- Inserire la siringa o il sistema vacutainer e aspirare la quantità di sangue necessaria per le indagini ematiche previste
- Procedere con un lavaggio con 10 – 20 ml di soluzione fisiologica
- Riavviare l'infusione

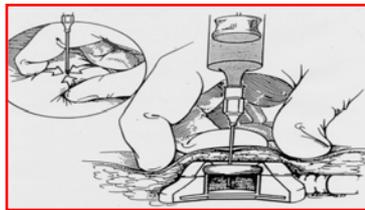
Prima di inserire ago di Huber

- ✓ Lavaggio antisettico delle mani dell'operatore
- ✓ Informare il paziente
- ✓ Raccordare l' ago al 3 vie e riempire con soluzione fisiologica
- ✓ Ispezionare la zona del port per escludere la presenza di segni di infezione
- ✓ Identificare il serbatoio sottocutaneo



Prima di inserire ago di Huber

- ✓ Indossare i guanti sterili
- ✓ Disinfettare la cute con batuffoli imbevuti di disinfettante clorexidina o iodato esercitando movimenti rotatori dal centro verso l'esterno
- ✓ Mantenere stabile il dispositivo, tenendolo tra il pollice e l'indice e il medio della mano non dominante
- ✓ Inserire l'ago di huber a 90° rispetto al dispositivo, pungendo la pelle al centro tra le dita fino a toccare la base rigida del reservuar



-
- ✓ verificare il corretto posizionamento dell' ago mediante l' aspirazione di sangue
 - ✓ iniettare circa 10cc di fisiologica e procedere con le manovre per cui è stato posizionato l' ago (prelievo, infusione)
 - ✓ fissare l' ago con medicazione trasparente e la prolunga con cerotto di seta o carta

N.B. In caso di mancata aspirazione di sangue o di difficoltà nell' infusione è opportuno rimuovere l' ago e riposizionarne uno nuovo.

L' aspirazione di sangue è indice di buon funzionamento del PORT, se non avviene non va trascurata.

In questi casi è opportuno far cambiare posizione al pz o farlo tossire.

Porth con ago di Huber inserito

- ✓ l'ago di Huber può rimanere in sede 5-7 gg dopodiché va sostituito
- ✓ occorre controllare regolarmente la sede d'inserzione dell'ago per rilevare eventuali complicanze
- ✓ la medicazione non necessita di essere sostituita se non alla rimozione o al cambio dell'ago
- ✓ sostituire la medicazione solo se si presenta sporca, bagnata, staccata
- ✓ nel caso in cui dovessero essere infuse soluzioni ipertoniche, NPT o emoderivati, è fondamentale eseguire lavaggi intermedi con almeno 20cc di fisiologica
- ✓ nel caso di prelievi ematici occorre eseguire un lavaggio finale con almeno 20cc di fisiologica
- ✓ al termine dell'infusione occorre eseguire lavaggio
- ✓ una volta rimosso l'ago, si posiziona per alcune ore un cerotto medicato ed in seguito si toglie senza più rimettere nulla
- ✓ se il PORT non viene utilizzato per lunghi periodi di tempo, occorre eseguire ogni 30 gg un lavaggio con sol eparinata preceduta da almeno 10cc di soluzione fisiologica (SIRINGHE DA ALMENO 10 CC)

-(**PROTOCOLLI AZIENDALI**)

Quando deve essere medicato il Porth?

- ✓ Quando si toglie l' ago di Huber lasciare una piccola medicazione per poche ore, poi è possibile lasciare la cute libera
 - ✓ Quando è inserito l' ago di Huber medicare ogni 3 – 7 gg a seconda del tipo di medicazione scelta
-

Conclusioni

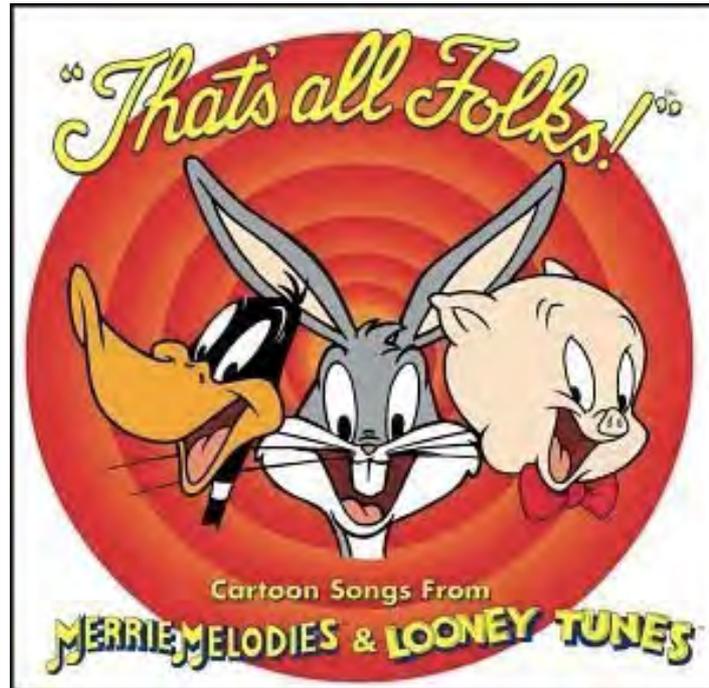
✓ Per massimizzare i risultati

CONSAPEVOLEZZA

COMPETENZA

✓ Per ridurre i rischi/costi

ORGANIZZAZIONE



Fuzzi Raffaella