

INCANNULAMENTO VENA PERIFERICA



L'INCANNULAMENTO:

L'incannulamento consiste nell'inserimento di una cannula in una vena, utilizzando un dispositivo a catetere su ago.



Responsabilità Infermieristica

- ✓ La scelta del sito di inserzione
- ✓ Posizionamento
- ✓ Gestione del device

L'INCANNULAMENTO:

INDICAZIONI:

- Somministrazioni di liquidi, sostanze nutritive, farmaci ed emoderivati direttamente nel torrente ematico
- Prelievo di sangue *

Possibili complicanze:

COMPLICANZE:

- Infezione locale
- Flebite – Tromboflebite

Le maggiori complicazioni possono essere ridotte usando una tecnica sterile ed asettica durante l'inserimento e scegliendo con cura la sede ed il tipo di cannula

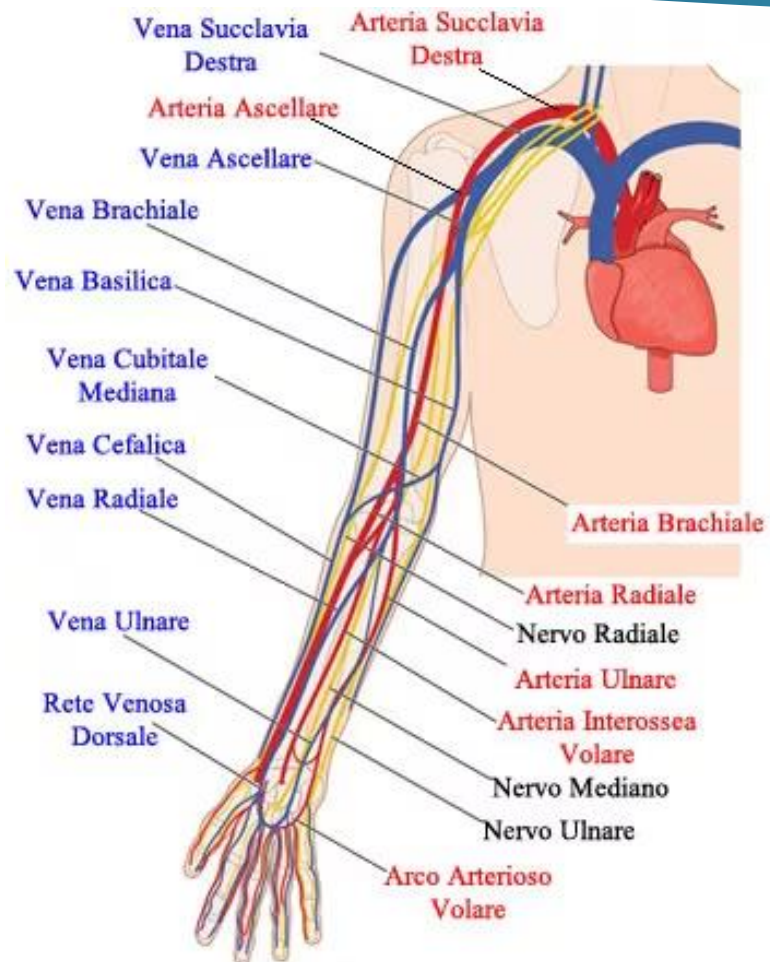
Altre complicanze comprendono:

- Stravasamento dei liquidi infusi nei tessuti circostanti
- Puntura arteriosa
- Ematoma o sanguinamento
- Danno/rottura vena

Valutazione del sito:

- Non utilizzare, se possibile, l'arto dominante
- Non utilizzare le aree di flessione
- Non utilizzare aree dolenti alla palpazione
- Non utilizzare aree compromesse da patologie (plegie, fistole AV, dissezioni ascellari,..)
- Non utilizzare vene con alterazioni patologiche (ematomi, flebiti, sclerosi,..)
- Evitare la superficie ventrale del polso → maggior dolore durante l'inserzione, maggior rischio di danno nervoso)
- Negli adulti è sconsigliato l'utilizzo degli arti inferiori per maggior rischio trombo-embolico

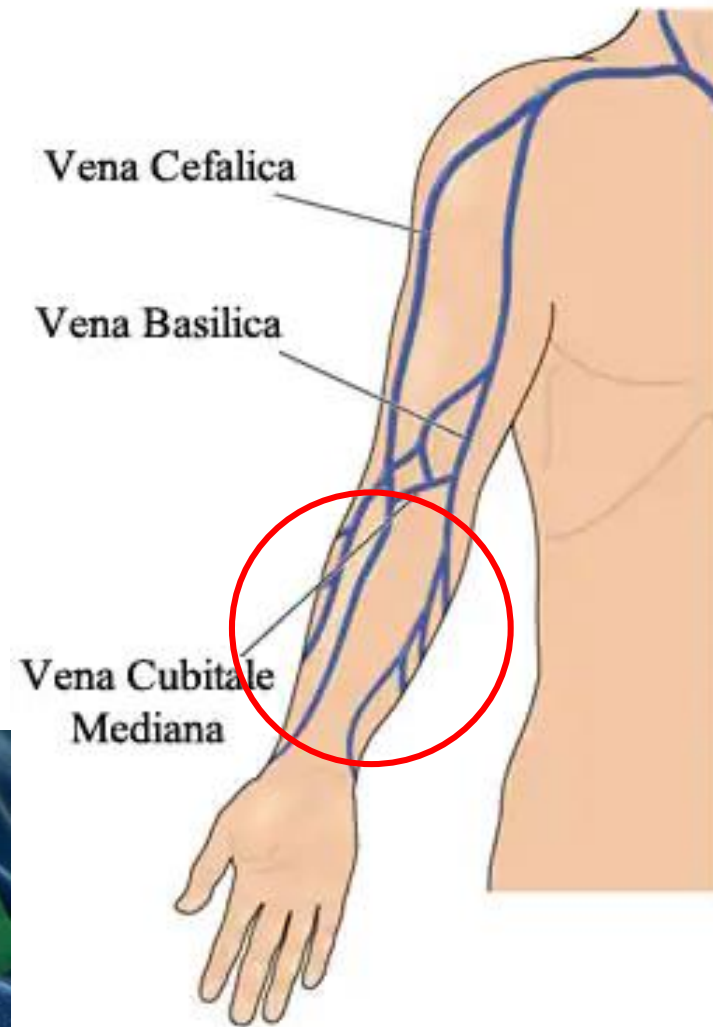
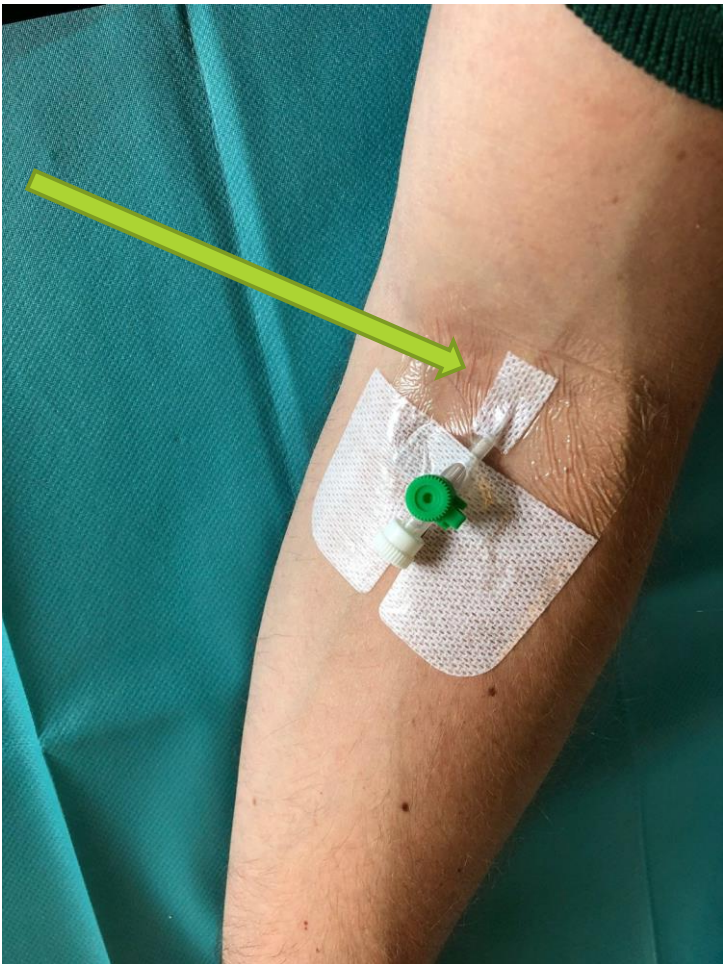
Valutazione del sito:



- Vena Basilica: diametro 8 mm
flusso 95ml/min
- Vena Cefalica: diametro 6 mm
flusso 40 ml/min
- Vena Cubitale mediana
- Vena Brachiale

Scelta della sede: alcune considerazioni:

- Un segmento venoso tortuoso è difficile da incannulare, perchè le valvole venose potrebbero impedire l'inserimento del catetere.
- E' preferibile scegliere un segmento rettilineo
- Incannulare prima le vene più distali;
- I siti di incannulamento degli arti superiori sono i più durevoli e convenienti e hanno meno probabilità di avere complicanze come la tromboflebite.
- I cateteri periferici non devono sovrapporsi ad un'articolazione (es., la fossa antecubitale) a meno che non ci sia nessun altro sito disponibile, il movimento articolare potrebbe piegare il catetere occludendolo, provocare dolore e possibile flebite meccanica.



Scelta della vena:

- Piena e Mobile
- Superficiale e palpabile
- Diametro sufficiente a contenere il cvp ma deve consentire un flusso ematico adeguato a garantire una corretta emodiluizione del farmaco somministrato



Scelta del catetere:

La scelta del dispositivo deve basarsi:

- ✓ Necessità del paziente
- ✓ Farmaco da infondere
- ✓ Durata della terapia
- ✓ Caratteristiche delle vene del paziente

Scelta del catetere:

- A breve termine: Abbocath (Teflon)
- A medio termine: Midline (poliuretano)
- Estemporaneo: Butterfly



MATERIALI:

Teflon (materiale biocompatibile meno flessibili, maggior colonizzazione microbica e trombogenicità)

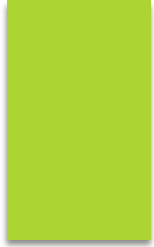
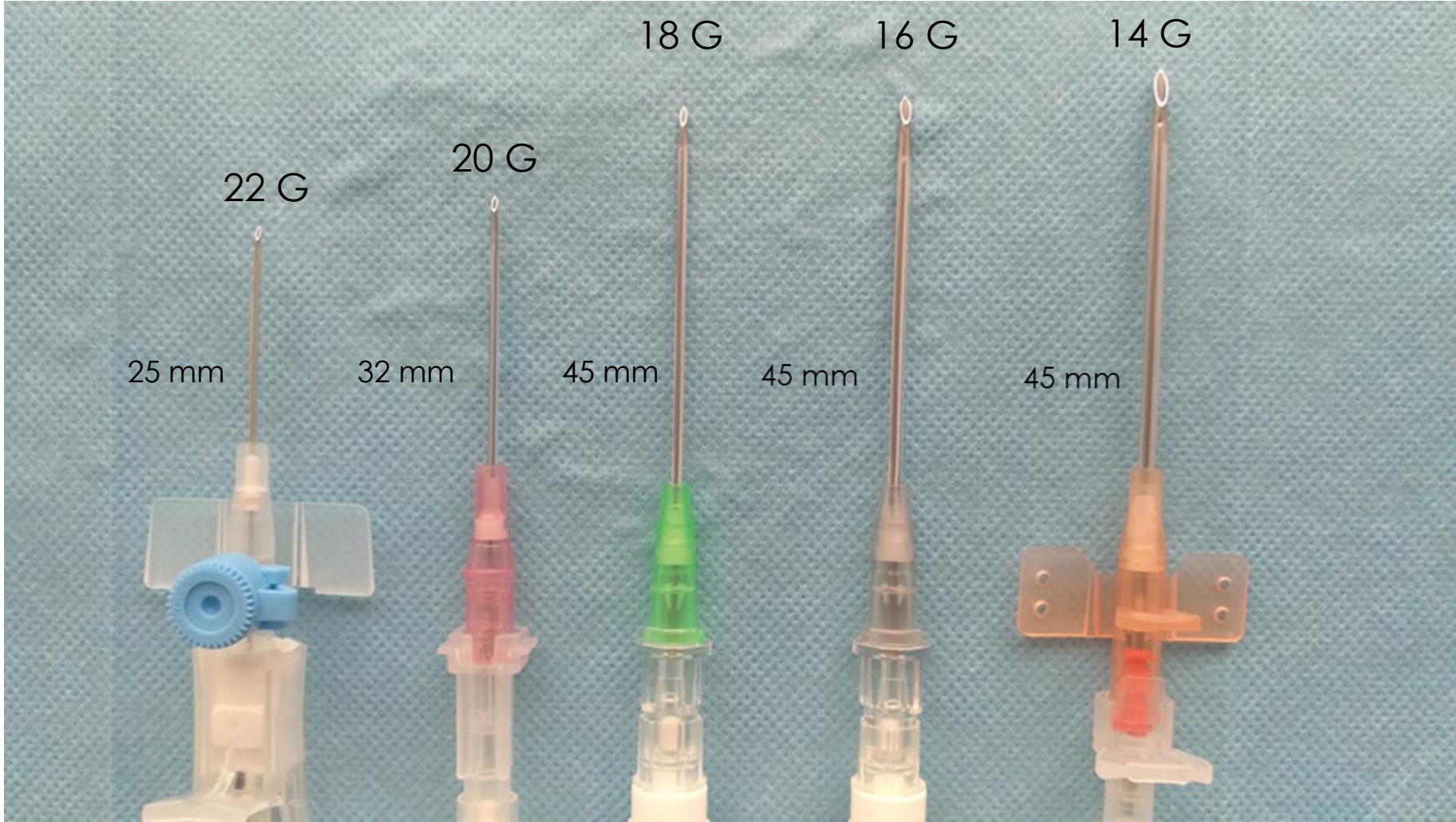
Poliuretano (maggior biocompatibilità, flessibili, minor rischio di colonizzazione e trombogenicità)

Unità di Misura dei CVP

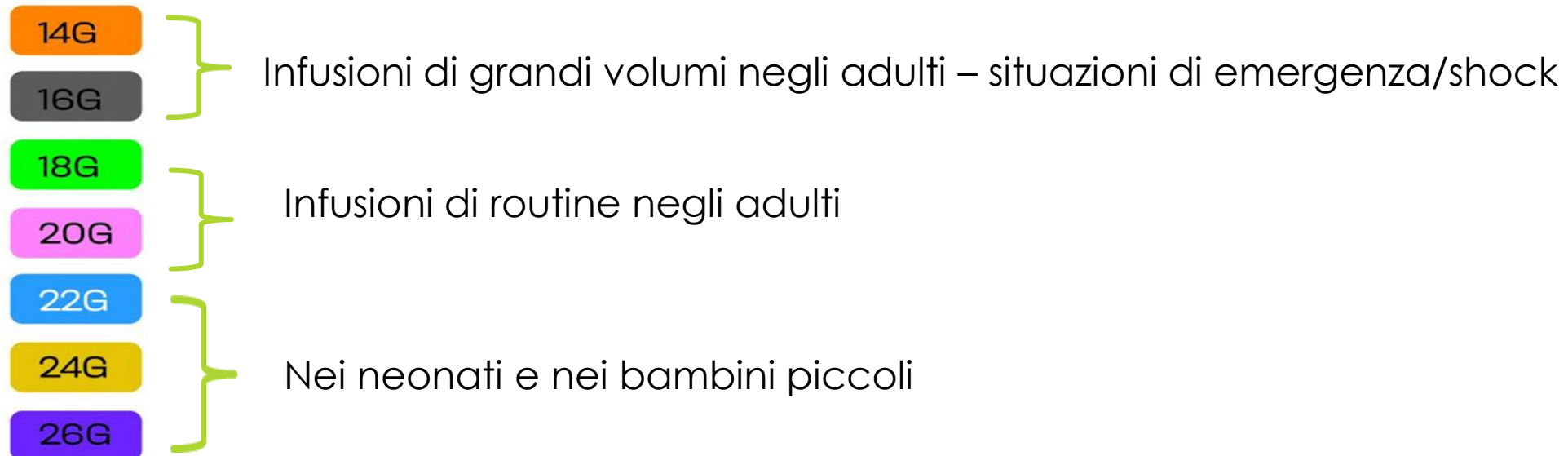
Il diametro esterno di un catetere → espresso in French

1 Fr → ,033 mm

Il diametro interno → espresso in Gauge
> Gauge → < calibro

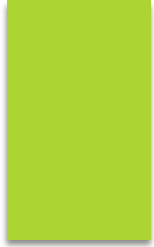


Calibro:



Tipologie e modelli:



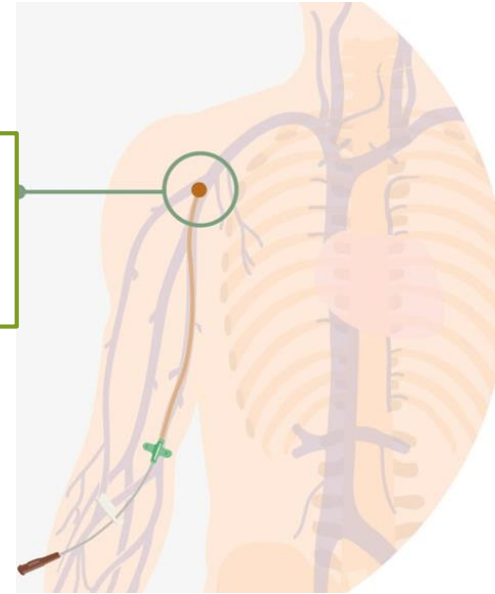


MIDLINE:

- Catetere venoso periferico che può essere utilizzato sia in modo continuo che discontinuo, in ospedale oppure a domicilio.
- Accesso venoso a medio-lungo termine, consigliato quando si prevede che la durata della terapia possa durare più di 6 giorni fino a 3 mesi (secondo le linee guida CDC di Atlanta).
- Indicato per terapie farmacologiche e nutrizionali:
 - osmolarità < 800 mOsm/l;
 - pH tra 5 e 9;
 - farmaci non vescicanti e non irritanti per l'endotelio.



La punta è posizionata a livello della vena ascellare o della vena succlavia



Posizionato con ecoguida e permette di posizionare il catetere anche in mancanza di accessi periferici visibili, oltre a garantire numerosi vantaggi per la salute e sicurezza del paziente, riducendo il numero di:

- venipunture ripetute;
- punture arteriose;
- ematomi;
- complicanze



Materiale necessario:

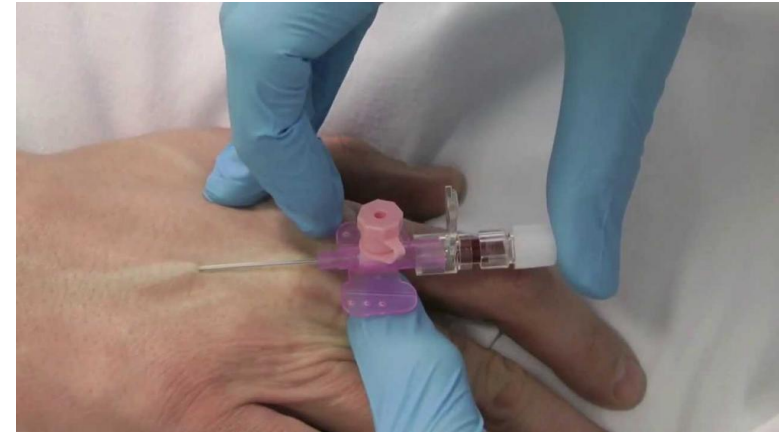
- ▶ Laccio emostatico
- ▶ CVP
- ▶ Garze non sterili
- ▶ Ev. telino
- ▶ Antisettico
- ▶ DPI (guanti non sterili e occhiali protettivi)
- ▶ Prolunga a 3 vie
- ▶ tappino sterile
- ▶ Siringa da 10ml con SF
- ▶ Medicazione

PROCEDURA:

- Igiene delle mani, presentarsi ed identificare il paziente
- Eseguire un'ispezione preliminare: applicare il laccio emostatico, chiedere al paziente di stringere un pugno. Palpare con l'indice per individuare una vena che abbia un buon turgore.
- Dopo aver identificato il sito di incannulamento più idoneo, rimuovere il laccio emostatico ed effettuare l'antisepsi della cute
- Preparare il materiale (ev. Calibro catetere, sistema di infusione EV, prelievo,....)
- Riposizionare il laccio emostatico circa 10 cm sopra la zona da pungere ed indossare i guanti

Inserimento ago-cannula

- Con il pollice della mano non dominante applicare una leggera trazione sulla vena distale al sito di inserimento dell'ago per evitare che si muova. Senza contaminare il punto in cui andrò a pungere.



- Tenere l'agocannula tra il pollice e l'indice della mano dominante con la smussatura dell'ago rivolta verso l'alto.

Inserimento ago-cannula

- Inserire l'ago con un angolo basso (da 10° a 30°) circa 1-2 cm più in basso dal punto in cui si intende entrare nella vena.
- Far avanzare l'ago-cannula nella vena usando un movimento lento e uniforme. Quando la punta dell'ago entra nel lume, il sangue apparirà nella camera di reflusso
- Se non compare sangue dopo 1-2 cm dall'inserimento, estrarre lentamente l'ago-cannula, quasi fino alla superficie cutanea, cambiare direzione, e provare nuovamente a farlo avanzare nella vena.



Inserimento ago-cannula

Opzione 1: Comparsa di un rapido gonfiore locale → stravaso di sangue

Interrompere la procedura: rimuovere il laccio emostatico e l'ago-cannula, applicare una pressione sul sito di puntura con una garza. Ripetere la procedura in un nuovo sito

Opzione 2: Nella camera di reflusso compare il sangue → Far avanzare il catetere nella vena

Mantenere la punta dell'ago immobile all'interno del lume, abbassare delicatamente l'ago-cannula per allinearla alla vena e far scorrere il catetere di plastica nella vena (deve scivolare facilmente e senza dolore) estrarre l'ago.

Inserimento ago-cannula

- Una volta che il catetere è stato posizionato con successo
- Posizionare una garza sotto il raccordo, applicare una pressione con la punta del dito alla cute prossimale alla punta del catetere (per comprimere la vena e limitare la perdita di sangue dal raccordo)
- Prelevare il sangue necessario per i test di laboratorio (se necessario)
- Rimuovere il laccio emostatico
- Collegare l'infusione EV o la chiusura con soluzione fisiologica.



ATTENZIONE!!

!! Non reinserire mai l'ago nel catetere.

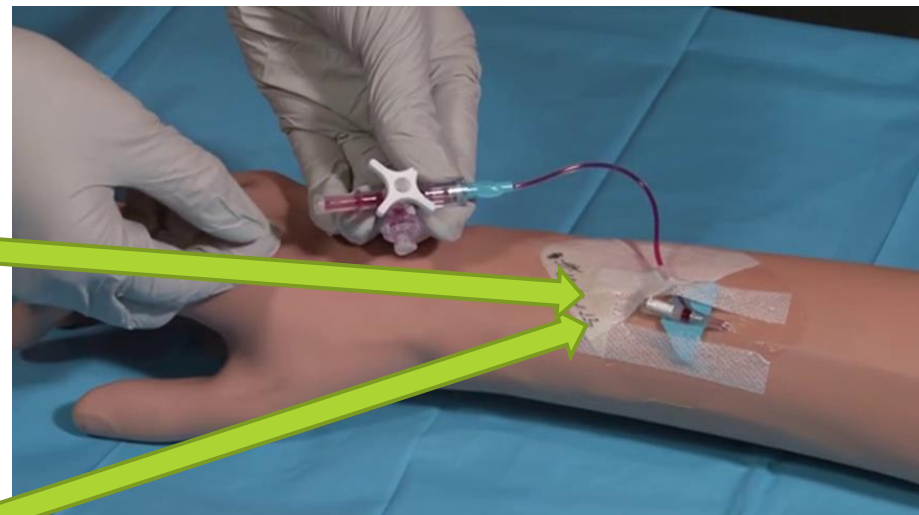
Ciò potrebbe spezzare la punta del catetere all'interno del paziente, rompere la vena e provocare stravaso!!



Prelievo da CVP: sistema Vacutainer



1. Collegare l'estremità della cannula al deflussore della soluzione da infondere



Raccordo a 3 vie

Il fluido dovrebbe fluire liberamente.

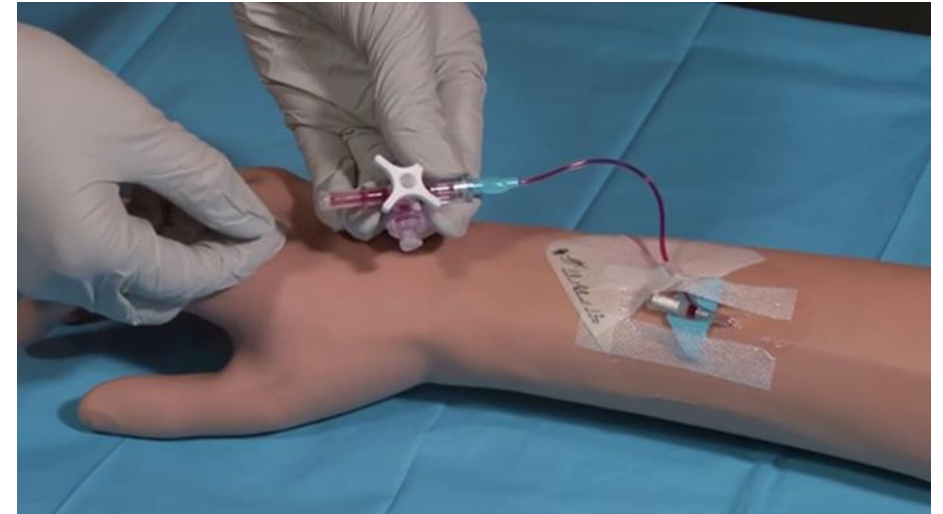
Se il liquido stravaia o non scorre liberamente, rimuovere il catetere, applicare una medicazione sull'area con una leggera pressione, e inserire un nuovo catetere in un altro sito.

2. Eseguire un lavaggio pulsato (stop and go) con siringa sa 10 ml e soluzione fisiologica. Chiudere (locking) il raccordo a 3 vie con pressione positiva

Il lavaggio del catetere vascolare ha l'obiettivo di garantirne la pervietà, prevenirne l'occlusione e ridurre la formazione di coaguli.

Si esegue generalmente nelle seguenti situazioni:

- prima e dopo avere somministrato un farmaco;
- prima e dopo avere infuso emocomponenti;
- per mantenere pervio un dispositivo non utilizzato;
- dopo il prelievo ematico.

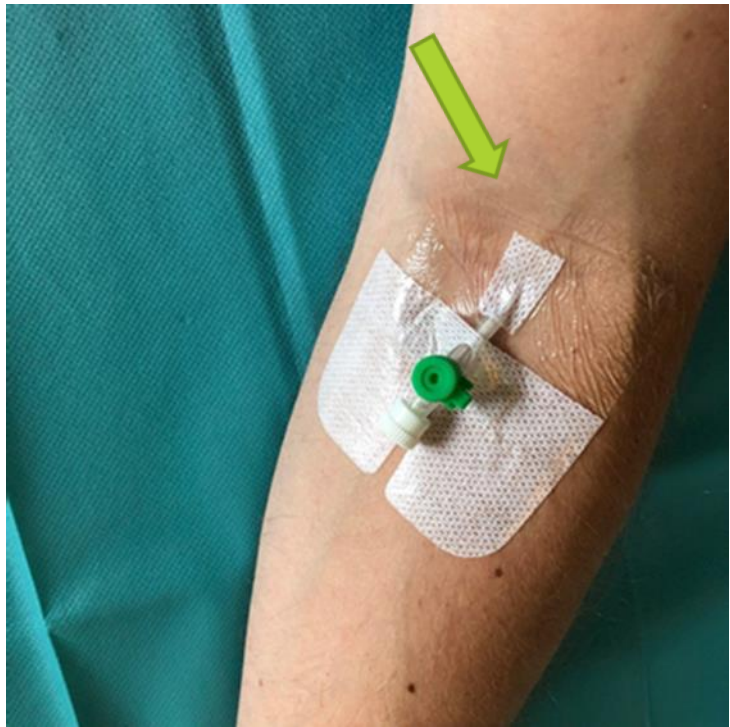


Pulisce il lume del catetere dagli aggregati di sangue o fibrina. Il locking previene il ritorno del sangue nel lume quando il catetere non è più utilizzato.

MEDICAZIONE CVP

- Pulire il sangue e i liquidi dal sito, facendo attenzione a non dislocare il catetere.
- Coprire il catetere con una medicazione occlusiva trasparente e semipermeabile (poliuretano)
- Fissare il deflussore per evitare che una trazione accidentale possa dislocare il catetere
- Riportare in cartella data, ora, sede e calibro dell'incannulamento.

La medicazione deve essere ripetuta ogni qualvolta si presenti sporca, bagnata o staccata





OK!

DOMANDA: Ed il CVP ogni quanto tempo lo sostituiamo?

Midline:

- Medicazione va sostituita ogni 7 giorni



https://www.infermieritalia.com/2015/10/19/posizionamento-catetere-venoso-periferico/#google_vignette

Domande ?

