# STUDIO OSSERVAZIONALE COMPARATIVO SULLE COMPLICANZE DEGLI ACCESSI VENOSI PERIFERICI IN UN REPARTO DI ONCOLOGIA RIABILITATIVA

Pezzoli Emanuel (1), Curci Elisabetta (2) Barletta Barbara (3), Minieri Antony (3), Amodeo Vito Davide (3), Graziano Valentina (3), Miele Noemi (3), Quacchia Sara (3), Albano Pietro (3), Bellizzi Marco (4), Gattoni Maria Luisa (5), Sarnataro Carolina Silvia (5), Piana Tiziana (6)

1.infermiere impiantatore UO oncologia riabilitativa Pio Albergo Trivulzio Milano 2. direzione professioni sanitarie 3. infermiere clinico 4. dirigente UO farmacia 5.dirigente medico UO oncologia riabilitativa 6. Dirigente Professioni Sanitarie

### **BACKGROUND**

La letteratura medico-infermieristica risulta carente di strumenti in grado di offrire una conoscenza omogenea riguardante la valutazione del patrimonio venoso del paziente anche se il problema dell'accesso venoso per la somministrazione della terapia infusionale, secondo studi recenti, coinvolge dal 70% all'80% dei pazienti ospedalizzati. Di questi oltre il 50% presenta un accesso venoso difficile (DIVA) dovuto a diversi fattori di rischio, tra cui l'età, le ripetute ospedalizzazioni con lunghi tempi di degenza con conseguenti diverse venipunture e il successivo depauperamento del patrimonio venoso periferico, la presenza di patologie croniche quali diabete, insufficienza renale, insufficienza venosa, patologie a carico del circolo periferico, demenze senili, obesità, tumori, bronco pneumopatie, dipendenza funzionale. Questo comporta, come raccomandato anche dalle linee guida internazionali, la necessità di istituire un gruppo di lavoro con competenze nell'ambito degli accessi vascolari al fine di ridurre le complicanze legate agli accessi venosi periferici, stimate dalla letteratura intorno al 60%.

#### **SCOPO**

Valutare l'incidenza delle maggiori complicanze legate agli accessi venosi periferici prima e dopo l'introduzione del gruppo di lavoro sugli accessi venosi.

#### MATERIALI E METODI

Lo studio osservazionale comparativo, con campioni di convenienza reclutati dai nuovi ingressi, è stato condotto presso il reparto oncologico-riabilitativo del Pio Albergo Trivulzio di Milano. Attraverso corsi residenziali di formazione, effettuati da un gruppo di lavoro (composto dalla Dirigente delle Professioni Sanitarie, un infermiere con formazione nell'ambito degli accessi vascolari, un farmacista e degli infermieri di riferimento) a infermieri e medici, è stato dato sia un imprinting verso una nuova cultura che considerasse la valutazione del patrimonio venoso come primo passo dell'approccio proattivo, sia lo strumento idoneo. Ad ogni paziente all'ingresso, infatti, è stato valutato il patrimonio venoso attraverso la compilazione della scheda di valutazione della Rete Oncologica Piemontese (Fig.1), alla quale è stata chiesta l'autorizzazione per l'utilizzo. Successivamente è stata poi compilata la scheda di monitoraggio dell'impianto di aghicannula per segnalare le date del primo posizionamento e degli eventuali successivi, il numero di tentativi per ogni posizionamento e la causa della sostituzione (e.g. flebiti, infiltrazioni, dislocazioni, stravasi, occlusioni, rimozioni accidentali, fine terapia)(Fig.2). Sono stati confrontati l'anno 2016 versus l'anno 2017 in base ai seguenti indicatori/risultati attesi: riduzione del numero di venipunture medie/paziente, riduzione dell'utilizzo degli aghicannula, e riduzione delle complicanze da incannulamento periferico occorse, utilizzo di ecoguida per DIVA e di clorexidina al 2% come antisettico della cute.

| TRE SEZIONI: A, B e C)  |                          |     |
|---|--------------------------|-----|
| A) FATTORI CORRELATI AL<br>PAZIENTE (PUNTI GGIO/7)  |                          |     |
| 1. PERFORMANCE STATUS   | 1-2                      | 0   |
|   | 3.4                      | 1   |
| 2. ETA'   | =< 10 ANN                | 0   |
|   | >10 ASSI                 | - 1 |
| 3. ALTERAZIONI SENSORIE E<br>MOTORE   | ASSENTI                  | 0   |
|   | PRESENTI                 | 2   |
| 4. DIABETE  | ASSENTE                  | .0  |
|   | PRESENTE                 | 2   |
| 5. COMORBIDITA RILEVANTI<br>BATOLOGII CIRCOLO VENDISO PREPERICO,  | ASSENTI                  | 0   |
| NELECONTE PERFERCISE, DIALIE,<br>DAGLINGOERESSIONE, PERCESSIA CRISS,<br>DISTURSE CONCELLETH, GERSTA,<br>AFFEDINE CLEE, AND ADDRESS PRICO-<br>NATIONAL | PRESENTI<br>ANCHE SOLO I | 1   |

| B) FATTORI CORRELATI ALLE<br>CONDIZIONI DEL CIRCOLO<br>VENOSO PERIFERICO<br>(PUNTEGGIO/T) |   |    |
|---|---|----|
| 1. FISIOLOGIA DEL SISTEMA<br>VENOSO PERIFERICO  | VENE FOCO VINISCLI E FOCO BALBARELI                                     | 1  |
|   | VENE TORTUGE O MORELI   | 1  |
|   | VENE DI RECOLO CALIBRO  | 1  |
| 2. ALTERAZIONI DEL SISTEMA<br>VENOSO PERIFERICO   | BEGG DE MECEDENTI VENDUNTURZ (ECORDOR), ENZONO.                         | 1  |
|   | BEGG IN RENTEDFILIRAZONISTRAVAD   | 1. |
|   | VENE DUNE E NCLEMOTICHE   | 1  |
| 3. CONDIZIONI ARTI SUPERIORI  | EDITEANSE OLI AETI KIPERKORI DORPONTELI                                 | 0  |
|   | EN SOLO ARTO SUPERIORE DEPONISEE (PER LINYEDENA, FRATTURE,<br>AVARABCA) | 1  |

fig.2: scheda di monitoraggio accesso venoso periferico

| C) FATTORI LEGATIAL<br>TRATTAMENTO<br>(PUNTEGGIO/20) |   |     |
|--|---|-----|
| I TRAITAMENTO<br>CHEMIOTERAPICO                      | ASSENTE   | . 0 |
|  | PREMENTE  | - 1 |
| 1 DURATAPRESVISTADEL<br>TRATTAMENTO                  | <#MEST  | .0  |
|  | >6 MEST   | - 1 |
| 3 SCHEDULADI<br>SONDENISTRAZIONE                     | RICKTO DI GII GII   |     |
|  | RECICLO SETTIMANALE (Q1) O QUINDECENALE (Q14) ESCECLO DE, E Q21 | 1   |
| 4. TPO DI FARMACI                                    | MUSEUMO DRESE DESERVAÇÃO (SE ARESTRANT)                         | 0   |
|  | BRITANTE O ORNOLARTA WIRASHAL                                   | - 1 |
|  | BETWING #H4 0 H   | - 1 |
|  | VEICICAPTE  | -1  |
|  | 1991  | - 1 |
|  | ESPURISH ELECHROWE  | - 1 |
|  | DIFF. SEED THAT THE POWER                                       | . 1 |
|  | A ROMANDER ADMINISTRATION OF O                                  | -   |

fig 1: scheda di valutazione del patrimonio venoso (sez. A,B,C)

| DATA PRIMO POSIZIONAMENTO |                           | NUMERO TENTATIVI:                         |  |
|---------------------------|---------------------------|---|--|
| DATA CAMBIO               | NUMERO TENTATIVI          | CAUSA CAMBIO                              |  |
|                           |                           |   |  |
|                           |                           |   |  |
|                           |                           |   |  |
|                           |                           |   |  |
|                           |                           |   |  |
|                           |                           |   |  |
|                           |                           |   |  |
| NELLA CAUSA INDO          | CARE SE DISLOCAZIONE, FLI | EBITE, OCCLUSIONE, FINE TERAPIA, RIMOZION |  |

## **RISULTATI**

Confrontando i due periodi (2016 senza e 2017 con gruppo di lavoro) sono stati ottenuti i seguenti risultati: lo score medio del patrimonio venoso è stato di 8,6 nel 2016 e 11,1 nel 2017; il numero medio di venipunture/paziente nel 2017 si è notevolmente ridotto (5vs15). Nel 2017, infatti, sono stati utilizzati meno aghicannula (20Ge22G), (576vs2201). Nel 2016 si è registrata un'elevata percentuale di complicanze correlate ad incannulamento periferico (flebiti 10.9%, occlusioni 21.4%, infiltrazioni 38.9%, stravasi 9%), che si sono poi ridotte nel 2017 (rispettivamente 2.1%, 2,4%, 13.5%, 0%), grazie ad un'adesione più attenta alle linee guida internazionali nella pratica clinica (INS 2016 su tutte), in particolare: utilizzo di ecoguida per accessi venosi difficili, di clorexidina al 2% per la disinfezione della cute, lavaggio dell'agocannula prima e dopo l'utilizzo, stretto monitoraggio del sito di inserzione., utilizzo di medicazioni idonee. L'imprinting dato dalla nuova cultura si è manifestato anche dall'aumento di numero di aghicannula rimossi per fine terapia e dall'aumento della permanenza in situ degli stessi (media 6.2 giorni). La letteratura recente infatti raccomanda la sostituzione degli aghicannula solamente alla comparsa della prima complicanza.

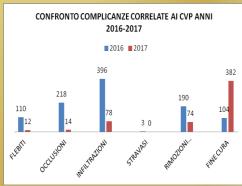


Grafico 1-Complicanze correlate all'impianto dei CVP 2016 VS 2017

# CONCLUSIONI

L'approccio proattivo, la valutazione tempestiva del patrimonio venoso e l'adesione alle linee guida hanno aumentato nella pratica clinica la sicurezza e la qualità di vita dei pazienti compromessi. Conoscere l'incidenza delle principali complicanze legate all'accesso venoso periferico è prerequisito per qualsiasi azione di miglioramento e cura del paziente secondo evidence based practice. Inoltre l'osservazione del miglioramento dei risultati attraverso l'imprinting di una nuova cultura dell'accesso vascolare, ha permesso al gruppo di lavoro di implementare nella pratica clinica l'utilizzo di dispositivi innovativi differenziati in base alle necessità dei pazienti, incrementando interventi di assistenza infermieristica efficaci ed efficienti.

