A.N.Í.M.O.
Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera

# NEWSLETTER Novembre 2016

Volume 3, numero 5

***Carissima/o collega***

In questa newsletter troverai un report sul primo incontro di **diffusione delle pratiche infermieristiche a rischio di inappropriatezza** organizzato dal **Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Veneto.** Potrai inoltre, leggere un focus evidence based sulle flebiti da infusione, informarti sui nostri prossimi eventi formativi ai quali potrai partecipare gratuitamente come iscritto all'associazione. Ti invitiamo con molto piacere, anche a visitare il sito dell'associazione, all'interno del quale troverai informazioni inerenti **la vita associativa, i programmi in dettaglio dei nostri eventi,** i nostri **evidence reports,** la raccolta delle **newsletters** che abbiamo prodotto ed inviato precedentemente ed alcune aree tematiche di interesse (master e corsi, medical APPs, area giuridica, slow medicine).

Siamo aperti sempre ai tuoi suggerimenti, osservazioni e contributi, che potranno giungerci tramite mail al seguente indirizzo: info@associazione-animo.it.

Ti auguriamo una buona lettura!
Giovanna Pentella Presidente Anìmo, Letizia Tesei Referente Newsletter
e il Direttivo Anìmo

**Sommario:**

**Presentazione**

**Vita associativa**

- **La diffusione delle pratiche infermieristiche a rischio di inappropriatezza**
  **G. Bordin**

**Focus**

- **La flebite da infusione.**
  **Lo Burgio I, Di Berardino S, Rapetti R.Bertoncini F. Tesei L.**

**Approfondimenti Bibliografici**

**ANìMO informa**

- **Prossimi incontri, Congressi, Convegni, Pubblicazioni**

## Vita associativa

### La diffusione delle pratiche infermieristiche a rischio di inappropriatezza - Gabriella Bordin

Sabato 12 novembre 2016, ANIMO ha partecipato al primo incontro di **diffusione delle pratiche infermieristiche a rischio di inappropriatezza** organizzato dal **Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Veneto.**

L'iniziativa ha preso vita grazie al coinvolgimento attivo della Federazione IPASVI al progetto **"Fare di più non significa fare meglio"** lanciato da **Slow Medicine** che invitava le società scientifiche ad individuare le pratiche e gli interventi assistenziali effettuati comunemente, di non provata efficacia e quindi potenzialmente dannosi per il paziente.

Le associazioni infermieristiche (ANIMO, AIOSS, ANIARTI, AICO, AIURO, ASI) hanno lavorato insieme coordinate dalla Federazione IPASVI e già nel 2014 hanno presentato le prime cinque pratiche a rischio di inappropriatezza.

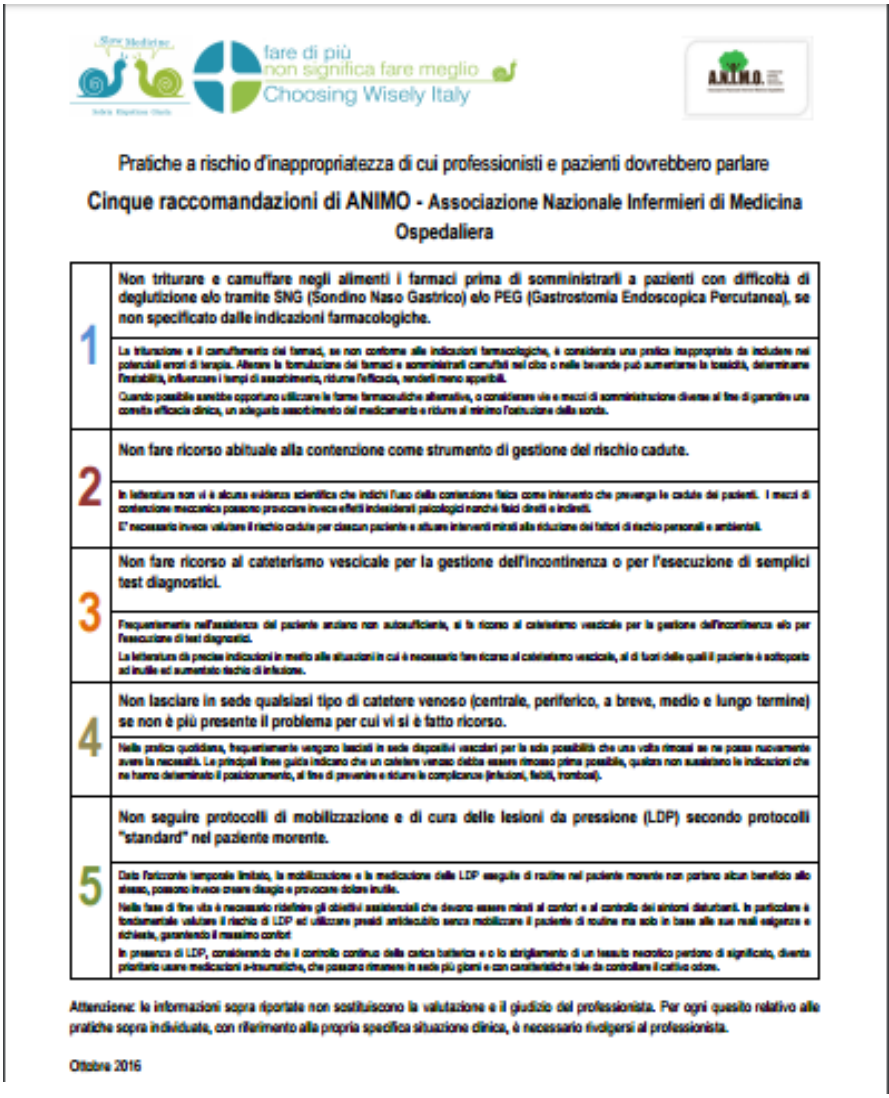
A distanza di due anni, ogni associazione ha poi prodotto un documento che identifica altre cinque pratiche che durante la giornata sono state presentate e discusse.

ANIMO ha portato il proprio contributo ed ora è importante diffondere il prodotto a tutti i nostri iscritti ma soprattutto è necessario comprendere e condividere le motivazioni che ci hanno portato a sceglierle.

**Si tratta di pratiche che fanno riferimento a "capitoli" di estrema rilevanza nell'assistenza** al paziente ricoverato in medicina: la gestione della terapia farmacologica e degli accessi vascolari, il cateterismo vescicale, la contenzione e l'assistenza al paziente morente. Interventi inappropriati che continuiamo a mettere in atto per vari motivi come ad esempio la **mancata discussione in equipe o il "si è fatto sempre così".**

La mancata condivisione delle problematiche assistenziali con il medico ad esempio, ci porta nella quotidianità a **frantumare la terapia farmacologica orale** prescritta nei pazienti disfagici o portatori di SNG o PEG, anche quando le caratteristiche del farmaco non lo consentirebbero, o ad eseguire un **cateterismo vescicale per la raccolta di un campione di urine** ad un paziente non in grado di raccogliere la diuresi anche quando l'esame urine potrebbe non essere così necessario.

Altre volte l'inappropriatezza nasce **dall'abitudine o dalla presa di una scorciatoia** come il **mantenimento in sede dei cateteri venosi** anche quando non vengono più utilizzati o **di un catetere vescicale** perché è "più comodo" gestire un paziente incontinente o con mobilità ridotta. Fondamentale è la riflessione sul tema della **contenzione del paziente** usata frequentemente come modalità di gestione del rischio cadute o sull'assistenza al **paziente morente** per il quale ancora spesso si attuano **interventi standardizzati di mobilizzazione e gestione delle lesioni da pressione** mentre sappiamo bene che la parola d'ordine dovrebbe essere la **personalizzazione dell'assistenza.**



fare di più non significa fare meglio
Choosing Wisely Italy

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare

**Cinque raccomandazioni di ANIMO - Associazione Nazionale Infermieri di Medicina Ospedaliera**

| | |
|---|---|
| 1 | **Non triturare e camuffare negli alimenti i farmaci prima di somministrarli a pazienti con difficoltà di deglutizione e/o tramite SNG (Sondino Naso Gastrico) e/o PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea), se non specificato dalle indicazioni farmacologiche.**<br>La triturazione e il camuffamento dei farmaci, se non conforme alle indicazioni farmacologiche, è considerata una pratica inappropriata da includere nei potenziali errori di terapia. Alterare la formulazione dei farmaci e somministrarli camuffati nel cibo o nelle bevande può aumentarne la tossicità, determinarne l'instabilità, influenzare i tempi di assorbimento, ridurne l'efficacia, rendeli meno appetibili.<br>Quando possibile sarebbe opportuno utilizzare le forme farmaceutiche alternative, o considerare vie e mezzi di somministrazione diverse al fine di garantire una corretta efficacia clinica, un adeguato assorbimento del medicamento e ridurre al minimo l'ostruzione della sonda. |
| 2 | **Non fare ricorso abituale alla contenzione come strumento di gestione del rischio cadute.**<br>In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che indichi l'uso della contenzione fisica come intervento che prevenga le cadute dei pazienti. I mezzi di contenzione meccanica possono provocare invece effetti indesiderati psicologici nonché fisici diretti e indiretti.<br>E' necessario invece valutare il rischio cadute per ciascun paziente e attuare interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali e ambientali. |
| 3 | **Non fare ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza o per l'esecuzione di semplici test diagnostici.**<br>Frequentemente nell'assistenza del paziente anziano non autosufficiente, si fa ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza e/o per l'esecuzione di test diagnostici.<br>La letteratura dà precise indicazioni in merito alle situazioni in cui è necessario fare ricorso al cateterismo vescicale, al di fuori delle quali il paziente è sottoposto ad inutile ed aumentato rischio di infezione. |
| 4 | **Non lasciare in sede qualsiasi tipo di catetere venoso (centrale, periferico, a breve, medio e lungo termine) se non è più presente il problema per cui vi si è fatto ricorso.**<br>Nella pratica quotidiana, frequentemente vengono lasciati in sede dispositivi vascolari per la sola possibilità che una volta rimossi se ne possa nuovamente avere la necessità. Le principali linee guida indicano che un catetere venoso debba essere rimosso prima possibile, qualora non sussistano le indicazioni che ne hanno determinato il posizionamento, al fine di prevenire e ridurre le complicanze (infezioni, flebiti, trombosi). |
| 5 | **Non seguire protocolli di mobilizzazione e di cura delle lesioni da pressione (LDP) secondo protocolli "standard" nel paziente morente.**<br>Dato l'orizzonte temporale limitato, la mobilizzazione e la medicazione delle LDP eseguite di routine nel paziente morente non portano alcun beneficio allo stesso, possono invece creare disagio e provocare dolore inutile.<br>Nella fase di fine vita è necessario ridefinire gli obiettivi assistenziali che devono essere mirati al comfort e al controllo dei sintomi disturbanti. In particolare è fondamentale valutare il rischio di LDP ed utilizzare presidi antidecubito senza mobilizzare il paziente di routine ma solo in base alle sue reali esigenze e richieste, garantendo il massimo comfort<br>In presenza di LDP, considerando che il controllo continuo della carica batterica e o lo sbrigliamento di un tessuto necrotico perdono di significato, diventa prioritario usare medicazioni a-traumatiche, che possano rimanere in sede più giorni e con caratteristiche tale da controllare il cattivo odore. |

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del professionista. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al professionista.

Ottobre 2016

## "L'infermiere slow" non è colui che fa le cose lentamente ma si "ferma e riflette"

**Focus**

# La flebite da infusione

di **Ignazia Lo Burgio, Stefania Di Berardino, Roberta Rapetti, Fabio Bertoncini, LetiziaTesei**

Nei pazienti ricoverati in ospedale, la terapia endovenosa di liquidi è la procedura invasiva più comune. Più del 90% dei pazienti degenti in ospedale riceve terapie in vena attraverso diverse tipologie di devices.[1] La più comune complicanza è la flebite.[1,2]

E' necessario riconoscere le flebiti, saperle valutare e trattare, poiché costituiscono un problema di sicurezza del paziente e incidono sui costi di assistenza sanitaria.[3]

A tal scopo risulta fondamentale:

- Ispezionare regolarmente l'accesso vascolare dei cateteri periferici a breve termine, PICC e Midline per valutare segni e sintomi di flebiti, utilizzando uno strumento standardizzato di rilevazione e tenendo presente il tipo di terapia ed altri fattori di rischio;
- Istruire il paziente a riferire dolore o fastidio in prossimità del sito dell'accesso vascolare.

Segni e sintomi di flebiti includono: dolore / dolorabilità, eritema, calore, presenza di edema, indurimento del cavo venoso.
Esistono diversi fattori che possono causare flebiti e che costituiscono dei fattori di rischio che ogni professionista deve tener presente ogniqualvolta, si trova ad assistere un paziente con accesso venoso incannulato.

– **Flebite chimica:** può essere correlata a sostanze infuse contenente destrosio> 10% o ad alta osmolarità (> 900 mOsm / L); o all'infusione di alcuni farmaci come il potassio cloruro, l'amiodarone e alcuni antibiotici. Le flebiti chimiche post infusione, anche se raro, possono verificarsi sino a 48 ore dopo la rimozione del catetere venoso.

Per le infusioni di tali sostanze o comunque per infusioni identificate come probabili cause flebiti in relazione alla durata dell'infusione e alla durata dell'intero ciclo di terapia occorre considerare l'utilizzo di un Midline o PICC.

– **Flebite meccanica:** può essere correlata all'infiammazione di una vena a causa dell'utilizzo di un catetere troppo grande per il sistema, al movimento del catetere stesso, al trauma dell'inserimento, o al materiale del catetere.

A tale scopo è opportuno scegliere il più piccolo catetere, calibro 20 o calibro 22, se possibile; evitando le zone di flessione, e fissando bene il catetere stesso.

– **Flebite batterica:** può essere correlata a una tecnica asettica errata al momento dell'inserimento o dell'utilizzo. A tal scopo sarebbe opportuno etichettare ogni catetere inserito in emergenza in modo che possa essere sostituito, se necessario, utilizzando tecnica asettica, e l'adozione delle seguenti buone pratiche: a) cura dell'hub del catetere e delle porte di connessione; b) l'utilizzo di un'appropriata procedura di medicazione del sito d'inserzione del catetere intravascolare; c) l'utilizzo di soluzioni di lavaggio per mantenere la pervietà del catetere.[4]

- **Fattori correlati al paziente:** includono infezione in corso, immunodeficienza, diabete; inserimento dell'ago cannula in un arto inferiore, età ≥ 60 anni.

### Cosa fare in presenza di flebiti?

Occorre in primo luogo determinare la possibile eziologia: chimica, meccanica, batterica.

In base al fattore scatenante attuare le seguenti misure:

- Per la **flebite chimica**: valutare la terapia di infusione e la necessità di un accesso vascolare diverso, l'uso di farmaci diversi, o una riduzione della velocità di infusione. Se è necessario rimuovere il catetere.[5]
- Per la **flebite meccanica**: stabilizzare il catetere, applicare impacco caldo, elevare gli arti, e monitorare per 24 a 48 ore; se i segni i sintomi persistono prendere in considerazione la rimozione del catetere.[6]
- Per la **flebite batterica**: rimuovere il catetere e monitorare segni d'infezione sistemica.[7]

Per tutte le **flebiti ad eziologia non batterica**: applicare impacco caldo; elevare l'arto; fornire analgesici secondo le necessità, e discutere insieme al medico sulla opportunità di altri interventi farmacologici, quali antinfiammatori o corticosteroidi. Attualmente l'utilizzo di gel o unguenti per il trattamento di flebiti richiedono ulteriori studi per l'efficacia.[8]

Dopo la rimozione di un catetere vascolare periferico o di un Midline o PICC occorre monitorare il sito di accesso vascolare per le successive 48 ore, allo scopo di rilevare flebiti post-infusione. Al momento della dimissione, fornire al paziente e / o il caregiver istruzioni scritte sui segni e sintomi di flebite e la persona da contattare se questo evento dovesse verificarsi.[7]

Nella valutazione della flebite occorre utilizzare una scala standardizzata che sia valida, affidabile e applicabile clinicamente. Negli adulti, la letteratura suggerisce come due scale per la valutazione delle flebiti in particolare hanno dimostrato validità, affidabilità e fattibilità: la Phlebitis Scale (Tabella 1) e la Visual Infusion phlebitis Scale (tabella 2) [2,8,9]

| GRADO | CRITERI CLINICI |
|---|---|
| 0 | ASSENZA DI SINTOMI |
| 1 | ERITEMA IN CORRISPONDENZA DEL SITO DI INSERZIONE ASSOCIATO O MENO A DOLORE |
| 2 | DOLORE IN CORRISPONDENZA DEL SITO DI INSERZIONE CON ERITEMA E/O EDEMA |
| 3 | DOLORE IN CORRISPONDENZA DEL SITO DI INSERZIONE CON ERITEMA E/O EDEMA.<br>FORMAZIONE DI STRIE.<br>CORDE VENOSE PALPABILI |
| 4 | DOLORE IN CORRISPONDENZA DEL SITO DI INSERZIONE CON ERITEMA E/O EDEMA.<br>FORMAZIONE DI STRIE.<br>CORDE VENOSE PALPABILI DI LUNGHEZZA > 2.5 CM |

Tabella 1

| | Sito inserzione | Situazione |
|---|---|---|
| 0 | Il sito di inserzione è integro | Nessun segno di flebite<br>Osservare la cannula |
| 1 | Leggero dolore<br>Oppure<br>Leggero arrossamento | Possibile primo segno di flebite<br>Osservare la cannula |
| 2 | Ci sono due di questi segni:<br>dolore-eritema-gonfiore | Primo stadio di flebite<br>Rimuovere la cannula |
| 3 | Presenza di questi segni:<br>dolore lungo il decorso della vena, eritema, indurimento | Flebite in stato medio<br>Rimuovere la cannula<br>Probabile necessità a trattare la flebite |
| 4 | Presenza di questi segni:<br>dolore lungo il decorso della vena, eritema, indurimento, cordone palpabile | Flebite in stato avanzato o inizio di tromboflebite<br>Rimuovere la cannula<br>Necessio trattare la flebite |
| 5 | Presenza di questi segni:<br>dolore lungo il decorso della vena, eritema, indurimento, cordone palpabile, febbre | Tromboflebite in stato avanzato<br>Rimuovere la cannula<br>Trattare la flebite |

Tabella 2

Poiché studi evidenziano come la conoscenza da parte degli infermieri delle flebiti da infusione ed i suoi fattori di rischio rappresenta un fattore incidente il rischio di flebiti in ospedale, è importante valutare il livello di conoscenza e il livello di percezione degli infermieri circa i fattori di rischio delle flebiti da infusione.[7]
Inoltre, poiché secondo l'Infusion Nursing Society, il tasso accettabile di flebiti in una data popolazione di pazienti degenti dovrebbe essere uguale o inferiore al 5%, è importante considerare la flebite da infusione quale outcome di qualità nei diversi setting assistenziali.[10]

**Bibliografia**


1. Xiang-Feng Li , Wei Liu, Ying Qin, Nurses' perception of risk factors for infusion phlebitis: A cross-sectional survey, Volume 3, Issue 1, March 2016, Pages 37–40
2. Ray-Barruel G, Polit DF, Murfield JE, Rickard CM " Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review" J Eval Clin Pract. 2014 Apr;20(2):191-202. doi: 10.1111/jep.12107. Epub 2014 Jan 8.
3. Becerra MB, Shirley D, Safdar N "Prevalence, risk factors, and outcomes of idle intravenous catheters: An integrative review" Am J Infect Control. 2016 Jul 14. pii: S0196-6553(16)30496-5. doi: 10.1016/j.ajic.2016.03.073.
4. Loveday HP, Wilson J a., Pratt RJ, Golsorkhi M, Tingle a., Bak a., et al. Epic3: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in nhs hospitals in england. J Hosp Infect [Internet]. The Healthcare Infection Society; 2014;86:S1–70. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0195-6701(13)60012-2
5. Gorski LA, Hagle ME, Bierman S. Intermittently delivered IV medication and pH: reevaluating the evidence. J Infus Nurs .2015;38(1):27-46
6. Phillips LD, Gorski L. Complications of infusion therapy: peripheral and central vascular access devices. In: Phillips LD, Gorski L. Manual of IV Therapeutics: Evidence-Based Practice for Infusion Therapy . 6th ed. Philadelphia, PA: FA Davis; 2014:540-611.
7. Gorski L, Hadaway L, Hagle MG, Mc Goldrick M, Orr M, Doellmann D, Infusion Therapy. Standard of practice. 2016. Available from: http://www.journalinfusionnursing.com
8. Groll D, Davies B, MacDonald J, Nelson S, Virani T. Evaluation of the psychometric properties of the phlebitis and infiltration scales for the assessment of complications of peripheral vascular access devices. J Infus Nurs . 2010;33(6):385-390.
9. Bravery K, Dougherty L, Gabriel J, Kayley J, Malster M, Scales K. Audit of peripheral venous cannulae by members of an IV therapy forum. Br J Nurs . 2006;15(22):1244-1249.
10. Webster J, McGrail M, Marsh N, Wallis MC, Ray-Barruel G, Rickard CM. Postinfusion phlebitis: incidence and risk factors[published online May 14, 2015]. Nurs Res Pract Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. J Infus Nurs. 2006 Jan-Feb; 29(1S):S59.

## Approfondimenti bibliografici

### Reference 1

Journal of Evaluation in Clinical Practice
International Journal of Public Health Policy and Health Services Research

# Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review

Gillian Ray-Barruel RN BSN, BA(Hons) Grad Cert (ICU Nursing),[1] Denise F. Polit RN PhD,[2] Jenny E. Murfield BSc(Hons)[3] and Claire M. Rickard RN PhD[2]

[1]Senior Research Assistant, [2]Professor in Nursing, [3]Research Development Coordinator, NHMRC Centre for Research Excellence in Nursing, Centre for Health Practice Innovation, Griffith Health Institute, Griffith University, Brisbane, Queensland, Australia

**Abstract**

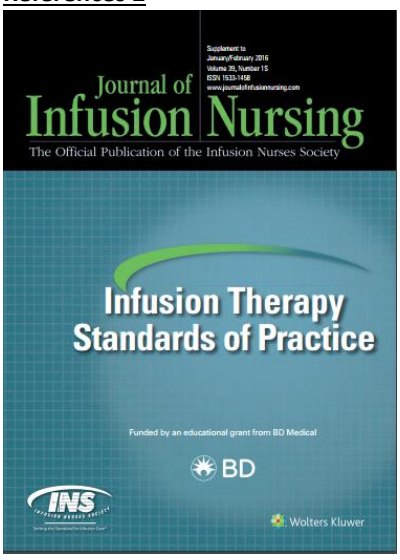
**Rationale, aims and objectives** Phlebitis is a common and painful complication of peripheral intravenous cannulation. The aim of this review was to identify the measures used in infusion phlebitis assessment and evaluate evidence regarding their reliability, validity, responsiveness and feasibility.

**Method** We conducted a systematic literature review of the Cochrane library, Ovid MEDLINE and EBSCO CINAHL until September 2013. All English-language studies (randomized controlled trials, prospective cohort and cross-sectional) that used an infusion phlebitis scale were retrieved and analysed to determine which symptoms were included in each scale and how these were measured. We evaluated studies that reported testing the psychometric properties of phlebitis assessment scales using the COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) guidelines. **Results** Infusion phlebitis was the primary outcome measure in 233 studies. Fifty-three (23%) of these provided no actual definition of phlebitis. Of the 180 studies that reported measuring phlebitis incidence and/or severity, 101 (56%) used a scale and 79 (44%) used a definition alone. We identified 71 different phlebitis assessment scales. Three scales had undergone some psychometric analyses, but no scale had been rigorously tested.

**Conclusion** Many phlebitis scales exist, but none has been thoroughly validated for use in clinical practice. A lack of consensus on phlebitis measures has likely contributed to disparities in reported phlebitis incidence, precluding meaningful comparison of phlebitis rates.

Ray-Barruel G, Polit DF, Murfield JE, Rickard CM J Eval Clin Pract. 2014 Apr;20(2):191-202. doi: 10.1111/jep.12107. Epub 2014 Jan 8.

### References 2




Gorski L, Hadaway L, Hagle MG, Mc Goldrick M, Orr M, Doellmann D, Infusion Therapy. Standard of practice. 2016.

http://www.academycasemanagement.org/wp-content/uploads/2016/08/INS-Standards-of-Practice-2016_0.pdf

### References 3

Contents lists available at ScienceDirect
American Journal of Infection Control
journal homepage: www.ajicjournal.org
ELSEVIER
AJIC American Journal of Infection Control

Major Article

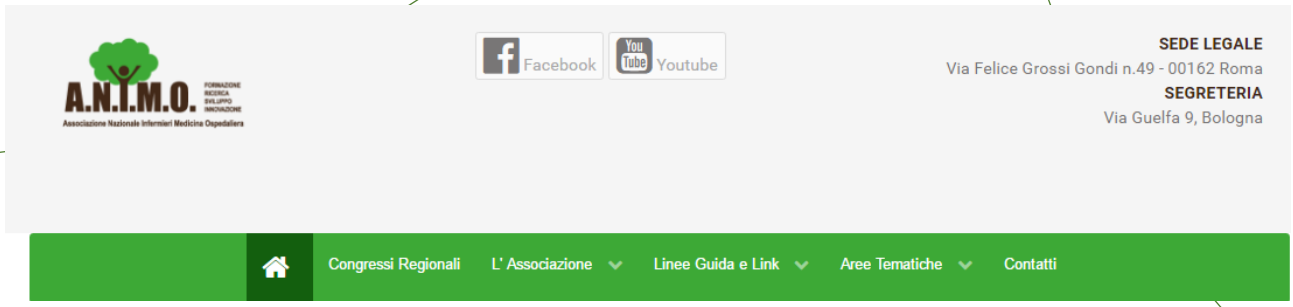
## Prevalence, risk factors, and outcomes of idle intravenous catheters: An integrative review

Monideepa B. Becerra DrPH, MPH [a], Daniel Shirley MD, MS [b], Nasia Safdar MD, PhD [b,c,*]

[a] Department of Health Science and Human Ecology, California State University, San Bernardino, CA
[b] Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, WI
[c] William S. Middleton Memorial Veterans Hospital, Madison, WI

Objective: Complications of intravenous catheters remain a major contributor to health care costs and are a patient safety problem. An intravenous catheter not actively in use—an idle catheter—may increase the risk of infectious and noninfectious complications. We conducted an integrative review of the available literature to evaluate the prevalence, risk factors, and outcomes associated with idle intravenous catheters. Methods: Searches of multiple computerized databases were conducted to identify studies on idle intravenous catheters. Data on definitions of idle catheter, type of catheter, prevalence, risk factors, and patient outcomes were extracted. Results: Thirteen studies met inclusion criteria and were included in the review. The location and setting of the studies were diverse, including cross-sectional, retrospective, and prospective, and were conducted in varied geographic locations. The definition of an idle catheter was variable across studies. Although studies varied in terms of line-days or number of catheters placed, the primary definition of idle device was based on number of days or percent of devices left in situ without use. Four studies evaluated patient outcomes associated with idle catheters and found increased risk of infection, intensive care unit admission, and phlebitis. Conclusions: Idle intravenous catheters are common and are associated with adverse outcomes. Prospective studies incorporating uniform definitions of idle catheters to test interventions to reduce idle catheter use are urgently needed

## Anìmo informa




http://www.associazione-animo.it/