

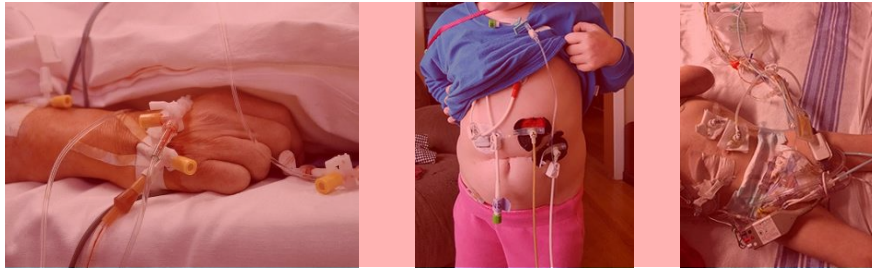
## Alert Event: Evitare collegamenti errati di linee venose, cateteri e drenaggi

2 | 23

Giugno 2023

Gli **Alert Event** prendono spunto da segnalazioni di near miss, eventi avverso o eventi sentinella pervenute dall'U.O. per la Qualità e Rischio Clinico mediante il sistema di **incident reporting**. Di tali eventi vengono descritte le cause più comuni e vengono fornite le raccomandazioni per ridurre il rischio, elaborate da gruppi di lavoro costituiti per tale scopo.

La Direzione Aziendale è grata ai professionisti che hanno segnalato l'evento che ha permesso l'elaborazione delle misure da adottare per prevenire eventi analoghi futuri e migliorare la sicurezza dei pazienti.



Linee venose, cateteri e drenaggi sono un aspetto fondamentale dell'assistenza sanitaria quotidiana.

La conformazione questi dispositivi è tale che rende possibile collegare inavvertitamente siringhe e tubi sbagliati e quindi somministrare involontariamente liquidi e farmaci attraverso una via errata.

Ciò è dovuto ai molteplici ragioni, quali ad esempio:

- la possibilità di poter connettere linee venose, cateteri e drenaggi alla stessa tipologia di siringa,
- l'utilizzo di tubi o cateteri per scopi non previsti, come i raccordi per le vie venose che possono essere inappropriatamente utilizzati per estendere altri cateteri o drenaggi;
- il posizionamento di linee, cateteri e drenaggi in stretta vicinanza l'uno all'altro. Ad esempio, un catetere per alimentazione enterale che decorre vicino a un catetere endovenoso centrale;
- trasferimento del paziente da un setting assistenziale ad un altro il cui personale non ha dimestichezza con linee venose, cateteri e drenaggi specialistici.

In letteratura sono descritti alcuni casi di somministrazione accidentale di farmaci ed altre sostanze attraverso vie sbagliate, con effetti talora catastrofici. In una recente revisione della letteratura sono riportati 20 casi di errata somministrazione di ac. Tranexamico attraverso un catetere spinale o epidurale<sup>1</sup> e 25 casi di somministrazione di KCl attraverso le stesse vie.<sup>2</sup> Altre segnalazioni riguardano la somministrazione di alimenti attraverso una via venosa.<sup>3</sup> Si tratta di eventi aneddotici che probabilmente costituiscono la punta di un iceberg di un fenomeno che, in realtà, ha una diffusione molto più vasta.

Nell'attesa che si completi la transizione dei modelli di alcuni connettori verso quelli conformi ai nuovi standard ISO (International Organization for Standardization),<sup>4</sup> che potranno creare delle barriere fisiche, una misura ampiamente diffusa in letteratura per prevenire errori di connessione è quella di etichettare le vie ad alto rischio.

**Il gruppo di lavoro, per tanto, raccomanda di identificare con una striscia di cerrotto, posta in prossimità del connettore, trascrivendo la lettera A con il pennarello rosso per identificare i tubi ed i drenaggi attraverso i quali non si devono iniettare farmaci, e la lettera B con il pennarello nero per identificare i tubi ed i drenaggi attraverso i quali attraverso i quali è possibile iniettare farmaci ed altre sostanze ma solo in ambiente specialistico.**

### GRUPPO DI LAVORO

**Silvia Ferrario**, Dirigente Medico, MCAU - PO San Marco  
**Francesca Occhipinti**, Infermiere, MCAU - PO San Marco  
**Alessandro Lombardo**, Coordinatore MCAU - PO San Marco  
**Giacomo Castiglione**, Dirigente Medico UOC Anestesia e Rianimazione - PO San Marco  
**Vincenzo Anello**, Coordinatore UOC Anestesia e Rianimazione - PO San Marco  
**Marco Nicola Saporito**, Dirigente Medico UOC UTIN - PO San Marco  
**Ennio Cau**, Infermiere, UOC Anestesia e Rianimazione - PO San Marco  
**Elvira Parrinello** UOC UTIN - PO San Marco  
**Claudio Mazzaglia**, Dirigente Medico UOC MCAU - PO G. Rodolico  
**Tania Romano**, Infermiere UOC MCAU - PO G. Rodolico  
**Maria Tomaselli**, Coordinatore UOC MCAU - PO G. Rodolico  
**Alfio Castro**, Coordinatore, UOC Anestesia e Rianimazione - PO G. Rodolico  
**Marco Di Bartolo**, Coordinatore UOC UTIN - PO G. Rodolico  
**Salvatore Lo Monaco**, Infermiere specialist UOC Anestesia e Rianimazione - PO San Marco

## Alert Event: **Evitare collegamenti errati di linee venose, cateteri e drenaggi**

### Bibliografia:

- <sup>1</sup> Patel S, Robertson B, McConachie I. Catastrophic drug errors involving tranexamic acid administered during spinal anaesthesia. *Anaesthesia*. . 2019;74(7):904-914.
- <sup>2</sup> Patel S, Dexter F. Narrative review of neuraxial potassium chloride administration errors: clinical features, human factors, and prevention measures. *Reg Anesth Pain Med*. . 2021;46(10):904-908.
- <sup>3</sup> Panda R, Kundra P, Singh P, Hirolli D, Padhihari P. Inadvertent Intravenous Administration of Milk in Postoperative Intensive Care Unit: Sequelae and Management. *Cureus*. 2021; 13(7):e16154.
- <sup>4</sup> Vacheron CH, Piriou V, Untereiner O, Picard J, Thiveaud D, Theissen A; Comité Analyse et Maîtrise du Risque SFAR NRFit: A new standard to prevent wrong-route medication errors. *Ann Pharm Fr* . 2023;81(1):30-39.