

Intraveneuze toegang

Op basis van literatuur t/m januari 2015



Inleiding

Een intraveneuze toegang wordt in een vene geplaatst door de vene via de huid aan te prikken met een naald, vervolgens wordt de naald verwijderd en blijft een flexibele tube of canule met een zeer kleine doorsnede achter in de vene. Ongemak en pijn worden veroorzaakt door het doorboren van de huid en daarnaast is het vaak nodig de arm of het been waarin de toegang wordt geplaatst te stuwen om de vaten zichtbaar te maken. De intraveneuze toegang wordt met pleister gefixeerd op de huid. Als de intraveneuze toegang in een van de ledematen is ingebracht wordt het betreffende ledemaat gespalkt waardoor bewegingsbeperking ontstaat.

De intraveneuze toegang wordt gebruikt voor de toediening van vloeistoffen in de veneuze circulatie. Het toedienen van vloeistoffen direct in de bloedbaan is ingrijpend en kan risico's voor de pasgeborene met zich meebrengen. Veel voorkomende complicaties bij het inbrengen van en de zorg voor van een intraveneuze toegang zijn infectie, sepsis, flebitis, extravasatie, infiltratie, lucht embolie, bloeding en de vorming van een hematoom.^{1,2}

Wetenschappelijke onderbouwing

In een richtlijnen consensusbespreking ter voorkoming en behandeling van pijn bij pasgeborenen is door de experts uit het veld het inbrengen van een infuus of (veneuze of arteriële) centrale katheters als een pijnvolle handeling gedefinieerd.^{3,4} In deze evidence based richtlijn worden ook adviezen gegeven te voorkoming van pijn bij het inbrengen van infuus katheters; maak gebruik van sucrose met fopspeen, zorg voor stille aanraking, inbakeren en ondersteunende begrenzing, gebruik EMLA in niet spoedeisende situaties, overweeg opiaten toe te dienen als er al een beschikbaar toegang is.^{3,5} Bij het inbrengen van percutane katheters wordt daarnaast geadviseerd om subcutaan lidocaine te infiltreren.³

Wetenschappelijke studies over complicaties van intraveneuze toegangen beperken zich meestal tot de incidentie van katheter gerelateerde infecties bij de verschillende intraveneuze toegangen en katheters.

Aanbeveling en Klinische implicatie

De aanbevelingen uit de evidence based guideline bevatten een aantal aanbevelingen die volledig onder verantwoording van de verpleegkundigen vallen; inbakeren, ondersteunende begrenzing en [hands-on](#). Het toedienen van [sucrose](#) is in veel instellingen ook gedelegeerd aan verpleegkundigen. Het gesprek over het overwegen [EMLA](#), lidocaine of andere locale anesthetica dan wel opiaten toe te dienen kan door verpleegkundigen geïnitieerd worden. Daarnaast kan men het aantal prikpogingen afspreken met artsen in "lerende" situaties.

Bij het in situ zijn van een intraveneuze toegang is een frequente observatie van de insteekopening en het verloop van de centrale katheter essentieel om zo complicaties die vaak gepaard gaan met pijn te voorkomen.

Bij het inspuiten van vloeistoffen en medicatie moet men zich er van vergewissen wat het in te spuiten middel voor effect kan hebben op bijvoorbeeld de vaatwand en wat de aanbevolen snelheid van inspuiten is om zo onnodige pijn te voorkomen.

Literatuur

- 1 Moureau N, Lamperti M, Kelly LJ, Dawson R, Elbarbary M, van Boxtel AJ, Pittiruti M. Evidence-based consensus on the insertion of central venous access devices: definition of minimal requirements for training. *Br J Anaesth*. 2013;110(3):347-56.
- 2 Sellitto M, Messina F. Central venous catheterization and thrombosis in newborns: update on diagnosis and management. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012 Oct;25 Suppl 4:26-8.
- 3 Anand KJS; International Evidence-Based Group for Neonatal Pain. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155:173-180.
- 4 Hall RW, Anand KS. Pain management in newborns. *Clin Perinatol* 2014;41:895-924.



*Landelijke
Pijnwerkgroep*

NICU's