

TROMBOSI VENOSA

In caso di trombosi NON settica di PICC o Midline: dopo quanto tempo è possibile rimuovere il dispositivo?

In caso di trombosi venosa sintomatica da Midline, c'è sempre indicazione alla rimozione del dispositivo, dato che la trombosi da midline si associa quasi inevitabilmente a malfunzione del catetere. In caso di trombosi venosa sintomatica da PICC, il dispositivo va tolto soltanto se malfunzionante o malposizionato o non più utile. In entrambi i casi, è bene togliere il dispositivo soltanto dopo almeno 72 ore di terapia anticoagulante a pieno dosaggio (es. eparina b.p.m. 100 unità/kg/12h). In casi particolari (es.: trombo flottante in vena anonima o in vena succlavia), può essere prudente aspettare anche una settimana di trattamento.

C'è correlazione tra rischio di trombosi venosa e tipo di farmaco chemioterapico somministrato a cicli?

Alcuni chemioterapici possono associarsi a rischio di occlusione del dispositivo per accesso venoso. Alcune patologie tumorali aumentano il rischio di trombosi venosa da catetere. Ma non vi è correlazione nota tra determinati chemioterapici e rischio trombotico.

Nei gli ECC da 1 e 2 Fr inseriti dal braccio nei neonati, quale è il mezzo migliore per la localizzazione della punta, l'ecocardiografia o l'RX con mezzo di contrasto?

Senz'alcun dubbio l'ecocardiografia. Consulta in proposito il protocollo Neo-ECHOTIP del GAVeCeLT, recentemente pubblicato su *Journal of Vascular Access* e ora disponibile tra i documenti del nostro sito.

Quando un PICC si è complicato con una trombosi venosa ma funziona bene sia in aspirazione che in infusione si può usare?

Ovviamente sì. Nella grande maggioranza dei casi, la presenza di una trombosi venosa sintomatica (evenienza che può verificarsi nel 1-3% dei PICC) non si associa a nessun malfunzionamento del dispositivo, e lo si può continuare ad utilizzare senza problemi. Qualunque trombosi venosa da catetere richiede comunque un appropriato trattamento anticoagulante.

Un PICC complicatosi con trombosi venosa va rimosso soltanto se malfunzionante, malposizionato, infetto, o non più utile.

OCCLUSIONE DEL LUME

I PICC sono molto utilizzati nei pazienti oncologici; a volte tra una linea di trattamento e la successiva intercorrono 1/2 mesi, cosa fare del PICC?

Di caso in caso, si potrà decidere se rimuovere il PICC (e poi eventualmente riposizionarlo) oppure lasciarlo in sede con manutenzione settimanale. Personalmente sono un fautore della prima soluzione. E' bene ricordare che se fin da principio è previsto un trattamento chemioterapico con accesso infrequente (es. ogni 20gg) e a lungo termine (es. per un periodo superiore a 4-6 mesi), il PICC non è il dispositivo di prima scelta: va utilizzato preferibilmente un PICC-port o un port toracico (vedi le raccomandazioni del DAV-Expert, sul nostro sito).

Si può effettuare il *flushing* del port in mantenimento ogni 3 mesi?

Senz'altro. Le evidenze più recenti (e le raccomandazioni delle linee guida più recenti) non riportano differenze di esito clinico tra il *flushing* di mantenimento ogni mese rispetto a quello ogni tre mesi.

E' indicata la eparinizzazione per i cateteri venosi centrali tunnellizzati ad uso domiciliare intermittente?

Mai. Tutti i dispositivi per accesso venoso, sia centrali che periferici, sia tunnellizzati che non, sia a breve che a medio che a lungo termine, vanno lavati esclusivamente con fisiologica e – se non utilizzati – riempiti di fisiologica. Gli unici dispositivi in cui è indicato un *lock* con anticoagulante (eparina o – meglio – citrato) sono i cateteri per dialisi o per aferesi.

INFEZIONI

E' sufficiente l'igiene mani con gel alcolico prima di inserire un accesso vascolare tipo PICC? (ovviamente con giusti tempi e giusta tecnica).

Se non vi è sporco visibile sulle mani e se l'operatore non è reduce dalla mensa o dalla toilette, l'igiene delle mani con gel idroalcolico – eseguita con la giusta tecnica - è sufficiente come premessa al posizionamento di qualunque accesso vascolare. In caso vi sia indicazione al lavaggio con acqua e sapone, si raccomanda comunque di procedere anche all'igiene con gel idroalcolico prima della manovra. In tutti i casi, sia utilizzando il lavaggio con acqua e sapone che utilizzando il gel idro-alcolico, prima del posizionamento di un PICC si deve sempre effettuare un lavaggio di tipo 'chirurgico' in termini di tempistica e modalità.

L'uso della clorexidina può deteriorare materiali come il silicone?

La clorexidina a 2% non si associa ad alcun danno del silicone o del poliuretano. L'alcool invece può danneggiare sia il silicone che il poliuretano, anche se tale danno dipende dal tipo di alcool (l'alcool etilico è più lesivo dell'alcool isopropilico), dalla concentrazione (l'alcool al 95% è più lesivo di quello al 70%) e dal tempo di esposizione. I cateteri *power injectable* in poliuretano di nuova generazione sono tutti resistenti al disinfettante oggi di riferimento (clorexidina 2% in alcool isopropilico al 70%). I cateteri esterni in silicone non andrebbero comunque usati (per motivi legati alla estrema fragilità meccanica, e non alla sensibilità ad agenti chimici), anche considerando che non hanno nessun vantaggio rispetto a quelli in poliuretano, e quindi il problema dell'eventuale danno da disinfettante non si pone.

I set infusionali con aminoacidi e/o con glucosata 10% e % superiore vanno cambiati ogni 24h o 96h?

Le soluzioni con glucosata e aminoacidi vengono considerate di per sé soluzioni 'chiare' e come tali prevedono la sostituzione delle linee infusionali ogni 96 ore. Al contrario, i set infusionali delle sacche di nutrizione parenterale contenenti lipidi vanno cambiati ogni 24 ore. Nelle ultime linee guida INS, si suggerisce di cambiare ogni 24 ore anche il set infusionale di sacche di nutrizione parenterale NON contenenti lipidi. A proposito dei lipidi, è bene sottolineare che quando si somministrano soluzioni contenenti lipidi al di fuori delle sacche di nutrizione parenterale, il set infusionale va cambiato ogni 12 ore (e nel caso del propofol anche prima, ogni 6 ore).

Avete mai utilizzato come sistemi di prevenzione alle CRBSI le medicazioni a base di ioni d'argento?

Le medicazioni a base di ioni d'argento hanno un ruolo soltanto nel trattamento di determinati tipi di lesioni cutanee ulcerate e/o infette. Nessuna medicazione a base di argento (né come medicazione vera e propria né come feltrino) si è mai dimostrata utile nella prevenzione delle infezioni catetere-correlate.

Il tempo di permanenza dei cateteri è condizionato da quanto riportato dalla scheda tecnica del prodotto oppure il tempo può essere superiore in assenza di complicanze?

Qualunque dispositivo per accesso venoso - nel bambino e nell'adulto - può e deve essere lasciato in sede per tempo illimitato, fin tanto che sia (a) ancora utile, (b) appropriato per l'uso che se ne sta facendo, e (c) scevro da complicanze che ne richiedano la rimozione. Ciò è quanto raccomandano le linee guida. Dal punto di vista medico-legale le indicazioni della scheda tecnica non hanno valore per il clinico. Il nostro comportamento deve basarsi sulle regole di buona pratica clinica dettate dalle linee guida internazionali e nazionali, dalle procedure aziendali e dai protocolli della unità operativa in cui lavoriamo.

In termini medico legali siamo protetti nell'utilizzo di clorexidina alcolica nel neonato, visto che in pratica non esistono alternative?

La clorexidina in base alcolica è oggi l'unico antisettico indicato come efficace nel neonato. Il problema è come utilizzarlo: (a) quantità minima efficace, (b) senza strofinare, (c) per il tempo minimo efficace (30 secondi di applicazione + 30 secondi di asciugatura), (d) con rimozione dell'eccesso di antisettico dopo 30 secondi. E' bene ricordare invece che non si può utilizzare lo iodo-povidone (particolarmente pericoloso nel prematuro) e che non sono disponibili altri antisettici di provata efficacia in ambito neonatale. Non esistono comunque problemi dal punto di vista normativo, considerando che l'AIFA consente l'uso della clorexidina a qualunque età, pur aggiungendo di "utilizzarla con cautela sotto i due mesi di età". Per quanto riguarda specificamente il Chloraprep, la scheda tecnica sottolinea che il prodotto può essere "usato su tutti i gruppi di età e su tutti i tipi di paziente", anche qui con la notazione aggiuntiva che "deve essere usato con cautela nei neonati, e in particolare nei prematuri".

Si può usare sui neonati prematuri il Chloraprep 3ml ? Abituati come siamo a disinfettare tutto il braccio per posizionare un ECC dalla mano?

Nei neonati prematuri è buona regola limitare la quantità di clorexidina in alcool (sicuramente l'antisettico più indicato e più efficace anche in questa popolazione di pazienti). Per utilizzare la quantità minima efficace è bene pianificare con buon senso l'area da disinfettare e adottare erogatori di clorexidina in alcool di volume più basso (esistono anche Chloraprep di 1,5 ml e di 1 ml). Probabilmente, considerando l'area che poi rimane scoperta dopo la applicazione del telino traforato, una disinfezione dell'intero braccio può non essere giustificata.

E' vero che c'è una scarsa distribuzione di clorexidina su scala nazionale? mi riferisco in particolare al Clorexinal al 2% flaconi 20ml?

Le linee guida raccomandano di non utilizzare flaconi multiuso, ma di preferire applicatori monodose, monouso e sterili. L'utilizzo di flaconi da 20ml da utilizzare su più pazienti (e per periodo di tempo a volte imprevedibili) è quindi da sconsigliare; inoltre, le linee guida raccomandano l'utilizzo di clorexidina 2% in alcool isopropilico (il Clorexinal invece è clorexidina 2% in alcool etilico).

Il *port protector* è mandatorio anche per le agocannule periferiche corte?

Pur non essendovi evidenze specifiche, qualora i dispositivi periferici vengano usati in maniera intermittente e siano quindi chiusi con un *needle-free connector*, è ovvio che questo vada disinfettato ad ogni accesso oppure protetto con un cappuccio disinfettante (*port protector*).

Ha un senso inviare per coltura la punta di un midline?

No. In realtà, la coltura routinaria della punta di un dispositivo venoso al momento della rimozione – di qualunque dispositivo venoso si tratti – non è clinicamente utile, anzi può essere fuorviante. Infatti, una coltura positiva della punta potrebbe rappresentare una semplice pregressa colonizzazione del dispositivo rimosso, fatto che di per sé non richiede trattamento.

In caso di infezione sistemica da *Candida*, è possibile impiantare un PICC e se così fosse, dopo quanti giorni di terapia antifungina?

In caso di infezione sistemica da *Candida* in atto con emocolture positive, è bene evitare l'impianto di un catetere venoso centrale (PICC, CICC, FICC) o – se indispensabile – sarebbe bene impiantare un catetere venoso centrale 'medicato' (trattato con clorexidina). Dopo che le emocolture si sono negativizzate, si può invece impiantare un PICC senza troppi rischi.