



SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



CENTRO NAZIONALE
CLINICAL GOVERNANCE
ED ECCELLENZA DELLE CURE

Gestione ospedaliera degli accessi vascolari nel paziente adulto

Raccomandazione di Buona pratica Clinico-Assistenziale

Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA GRADE based)

GESTIONE OSPEDALIERA DEGLI ACCESSI VASCOLARI NEL PAZIENTE ADULTO

Società scientifiche capofila



SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER



ITALIAN VASCULAR ACCESS SOCIETY

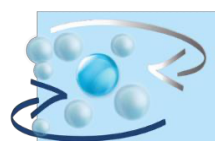
Società scientifiche e associazioni partecipanti



aimac
associazione italiana malati
di cancro, parenti e amici



Consultazione pubblica



SIMIT
Società Italiana
di Malattie Infettive
e Tropicali



ELENCO DELLE RACCOMANDAZIONI

Quesito clinico (PICO)	Raccomandazione	Forza della raccomandazione e certezza delle prove	Median a	Accordo (voti 7–9)
PICO 1 – Nel paziente candidato ad accesso venoso centrale, l'uso della venipuntura ecoguidata riduce il rischio di complicanze e aumenta la probabilità di successo a confronto con altre tecniche?	1.1 – Si raccomanda l'utilizzo della venipuntura ecoguidata in tempo reale rispetto alle tecniche basate su reperi anatomici per il posizionamento di dispositivi di accesso venoso centrale nei pazienti adulti, al fine di ridurre le complicanze meccaniche immediate e precoci e aumentare il successo della procedura.	Forte a favore dell'intervento. Certezza delle prove: alta.	9	100%
PICO 2 – Nel paziente adulto sottoposto a posizionamento di catetere venoso centrale con inserzione cervico-toracica o brachiale, l'uso dell'ECG intracavitario per la verifica del posizionamento della punta del catetere, rispetto alla radiografia standard del torace o alla fluoroscopia (standard di riferimento), è accurato, sicuro ed efficiente?	2 – Nel paziente adulto sottoposto a posizionamento di catetere venoso centrale con inserzione cervico-toracica o brachiale, si raccomanda di utilizzare l'ECG intracavitario per la verifica intra-procedurale del corretto posizionamento della punta del catetere, in alternativa alla radiografia standard del torace o alla fluoroscopia, ad eccezione dei pazienti con fibrillazione atriale o portatori di pacemaker.	Forte a favore dell'intervento. Certezza delle prove: moderata.	9	95,45%
PICO 3 – Nei pazienti adulti sottoposti a cannulazione della vena femorale per il posizionamento di FICC (Femorally Inserted Central Catheter), l'uso degli ultrasuoni (ecografia vascolare con o senza 'bubble test') per la verifica del posizionamento della punta del catetere è più accurato, sicuro e fattibile rispetto alla radiografia standard o alla fluoroscopia?	3.1 – Nei pazienti adulti (> 18 anni) sottoposti a cannulazione della vena femorale per il posizionamento di un dispositivo di accesso vascolare tipo FICC, inclusi i dispositivi destinati a tecniche dialitiche e aferetiche, si suggerisce di utilizzare l'ecografia vascolare con bubble test per la verifica intraprocedurale del corretto posizionamento della punta del catetere, in alternativa o in associazione alle altre metodiche di verifica disponibili, quando tecnicamente applicabile e prevedendo il ricorso a una metodica alternativa nei casi non valutabili ecograficamente.	Condizionata a favore dell'intervento. Certezza delle prove: non valutabile (raccomandazione basata sul consenso del panel e su evidenza indiretta).	8	81,81%
PICO 4 – Nei pazienti adulti candidati all'impianto di un accesso venoso centrale, l'uso della clorexidina al 2% in soluzione alcolica (IPA 70%) per la preparazione cutanea al momento dell'impianto riduce l'incidenza di complicanze infettive correlate al catetere	4.1 – Nei pazienti adulti candidati all'impianto di CICC, PICC o FICC, si raccomanda di utilizzare la clorexidina al 2% in soluzione alcolica (IPA 70%) per la preparazione cutanea al momento dell'impianto, rispetto ad altri antisettici, per ridurre il rischio di <i>Catheter-Related Bloodstream Infections</i> (CRBSI).	Forte a favore dell'intervento. Certezza delle prove: moderata.	9	90,90%

Quesito clinico (PICO)	Raccomandazione	Forza della raccomandazione e certezza delle prove	Mediana	Accordo (voti 7–9)
rispetto all'uso di altri antisettici?				
PICO 5 – Nei pazienti adulti (> 18 anni) portatori di un dispositivo di accesso venoso centrale con sospetta infezione correlata al catetere tipo CRBSI, quanto sono accurate le emocolture appaiate con Differential Time to Positivity (DTP) per la diagnosi di CRBSI rispetto allo standard di riferimento?	5.1 – Nei pazienti adulti (> 18 anni) portatori di un dispositivo di accesso venoso centrale con sospetta CRBSI, si suggerisce l'utilizzo di emocolture appaiate con valutazione del Differential Time to Positivity (DTP) come metodica diagnostica per la conferma della CRBSI, integrata nella valutazione clinica e microbiologica complessiva.[	Condizionata a favore dell'intervento. Certezza delle prove: molto bassa.	9	100%
PICO 6 – Nei pazienti adulti (> 18 anni) portatori di accesso venoso centrale con sospetta CRBSI, il prelievo di emocolture con DTP da un volume ottimale di sangue di almeno 10 ml per terreno e da tutti i lumi del catetere migliora l'accuratezza diagnostica rispetto al prelievo da un volume inferiore di sangue e/o da un singolo lume?	6.1 – Nei pazienti adulti (> 18 anni) portatori di accesso venoso centrale con sospetta CRBSI, ove clinicamente compatibile e previa valutazione individuale del rapporto rischio/beneficio, si suggerisce di prelevare le emocolture con DTP da un volume adeguato - preferibilmente almeno 10 ml per terreno - [dc57.1][DGB57.2]e da più lumi del catetere, secondo quanto clinicamente compatibile, rispetto al prelievo da volume inferiore e/o da un singolo lume, al fine di ottimizzare l'accuratezza diagnostica e ridurre i falsi negativi.	Condizionata a favore dell'intervento. Certezza delle prove: molto bassa.	9	90,90%
PICO 7 – Nei pazienti con accesso venoso centrale, l'uso di dispositivi a rilascio continuo di clorexidina per la protezione del sito di emergenza, in aggiunta all'antisepsi cutanea standard, riduce l'incidenza di complicanze infettive (infezioni locali e CRBSI) rispetto all'utilizzo di medicazioni standard senza clorexidina, associate alla medesima antisepsi?	7.1 – Nei pazienti adulti portatori di accesso venoso centrale, si raccomanda, in aggiunta all'antisepsi cutanea standard eseguita a ogni cambio di medicazione, l'utilizzo di dispositivi a rilascio continuo di clorexidina per la protezione del sito di emergenza, rispetto[dc68.1][DGB68.2] all'utilizzo di medicazioni standard senza clorexidina, associate alla medesima antisepsi, al fine di ridurre l'incidenza di complicanze infettive sistemiche (CRBSI).	Forte a favore dell'intervento. Certezza delle prove: alta.	8	81,81%
PICO 8 – Nei pazienti adulti (> 18 anni) portatori di accesso venoso centrale con CRBSI confermata e parametri emodinamici stabili, la rimozione precoce del catetere (entro 24 ore) associata a terapia antibiotica mirata rispetto al	8.1 – Nei pazienti adulti portatori di accesso venoso centrale con CRBSI confermata ed emodinamicamente stabili, si suggerisce la rimozione del catetere entro 24 ore dalla diagnosi. 8.2 Il mantenimento del catetere è invece considerato non appropriato in presenza di infezione suppurativa	Condizionata a favore della rimozione del catetere (entro 24 ore). Certezza delle prove: molto bassa. Forte contro il mantenimento del	9	100%

Quesito clinico (PICO)	Raccomandazione	Forza della raccomandazione e certezza delle prove	Mediana	Accordo (voti 7–9)
mantenimento del catetere con terapia antibiotica mirata, con o senza rimozione tardiva (> 48 ore), riduce la mortalità e le recidive infettive?	locale, tromboflebite settica, endocardite o batteriemia persistente (> 72 h nonostante terapia mirata adeguata), nonché nei casi sostenuti da <i>Staphylococcus aureus</i> o <i>Candida</i> spp.	catetere nei sottogruppi indicati. Certezza complessiva delle prove: molto bassa		
PICO 9 – Nel paziente adulto candidato ad accesso venoso centrale, il rispetto di un rapporto pari o inferiore a 1:3 tra calibro del catetere e diametro interno della vena riduce il rischio di trombosi venosa catetere correlata sintomatica rispetto ad una strategia che non tenga in considerazione tale rapporto o all'adozione di un rapporto superiore a 1:3?	9.1 – Nel paziente adulto candidato al posizionamento di un dispositivo di accesso venoso centrale, si suggerisce di utilizzare un catetere il cui diametro esterno non ecceda il 33% del diametro interno della vena incannulata sotto guida ecografica, al fine di ridurre l'incidenza di trombosi venosa catetere-correlata sintomatica.	Condizionata a favore dell'intervento. Certezza delle prove: molto bassa.	9	95,45%
PICO 10 – Nel paziente candidato al posizionamento di CICC e PICC, inclusi i dispositivi totalmente impiantabili, posizionare la punta in prossimità della giunzione cavo-atriale superiore (terzo superiore di atrio dx/terzo inferiore di VCS) rispetto ad altri siti di posizionamento riduce il rischio trombotico e il tasso di malfunzionamento del catetere?	10.1 – Nel paziente adulto candidato al posizionamento di accesso venoso centrale tipo PICC o CICC, al fine di ridurre l'incidenza di trombosi venosa catetere-correlata, si suggerisce di posizionare la punta del catetere in prossimità della giunzione cavo-atriale superiore (terzo superiore dell'atrio destro / terzo inferiore della vena cava superiore).	Condizionata a favore dell'intervento. Certezza delle prove: molto bassa.	9	81,81%
PICO 11 – Nei pazienti adulti (> 18 anni) portatori di un accesso venoso centrale in trattamento anticoagulante per trombosi venosa catetere-correlata, il mantenimento in sede del dispositivo - purché non infetto, ben funzionante e ancora clinicamente utile - rispetto alla rimozione sistematica si associa ad un aumento di complicanze, mortalità e costi?	11.1 – Nei pazienti adulti portatori di un qualunque accesso venoso centrale complicato da trombosi venosa catetere-correlata, si suggerisce di mantenere dispositivo in sede, purché esso sia ancora clinicamente utile, ben posizionato, ben funzionante e non infetto, e sia in corso un'adeguata terapia anticoagulante.	Condizionata a favore del mantenimento. Certezza delle prove: molto bassa.	9	100%

Quesito clinico (PICO)	Raccomandazione	Forza della raccomandazione e certezza delle prove	Mediana	Accordo (voti 7–9)
PICO 12 – Nei pazienti adulti portatori di un accesso venoso centrale, il lavaggio con soluzione fisiologica eseguito con tecnica pulsante ('push/pause' o 'start & stop') e un volume pari ad almeno il doppio dello spazio morto del catetere è più efficace nel ridurre l'incidenza di occlusioni del lume rispetto a un lavaggio eseguito con qualsiasi altra tecnica?	12.1 – Nei pazienti adulti (≥ 18 anni) portatori di accesso venoso centrale, si suggerisce di eseguire il lavaggio del catetere con soluzione fisiologica mediante tecnica pulsante ("push/pause" o "start & stop"), con pressione positiva e un volume pari ad almeno il doppio dello spazio morto del dispositivo, quale tecnica standard per il mantenimento della pervietà del lume.	Condizionata a favore dell'intervento. Certezza delle prove: molto bassa.	9	100%