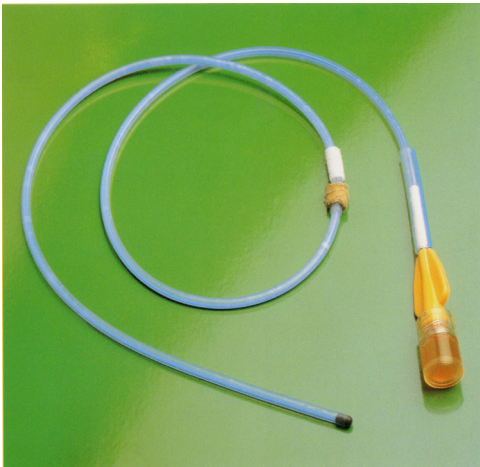
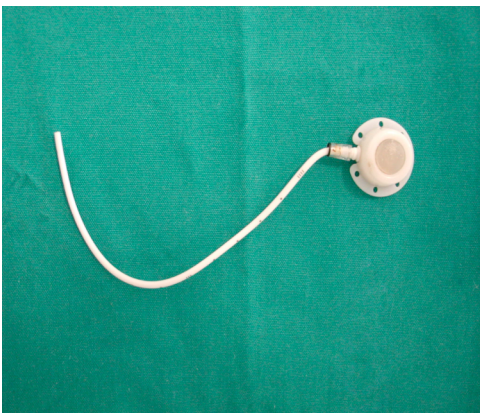




CVC parzialmente impiantabile



CVC totalmente impiantabile

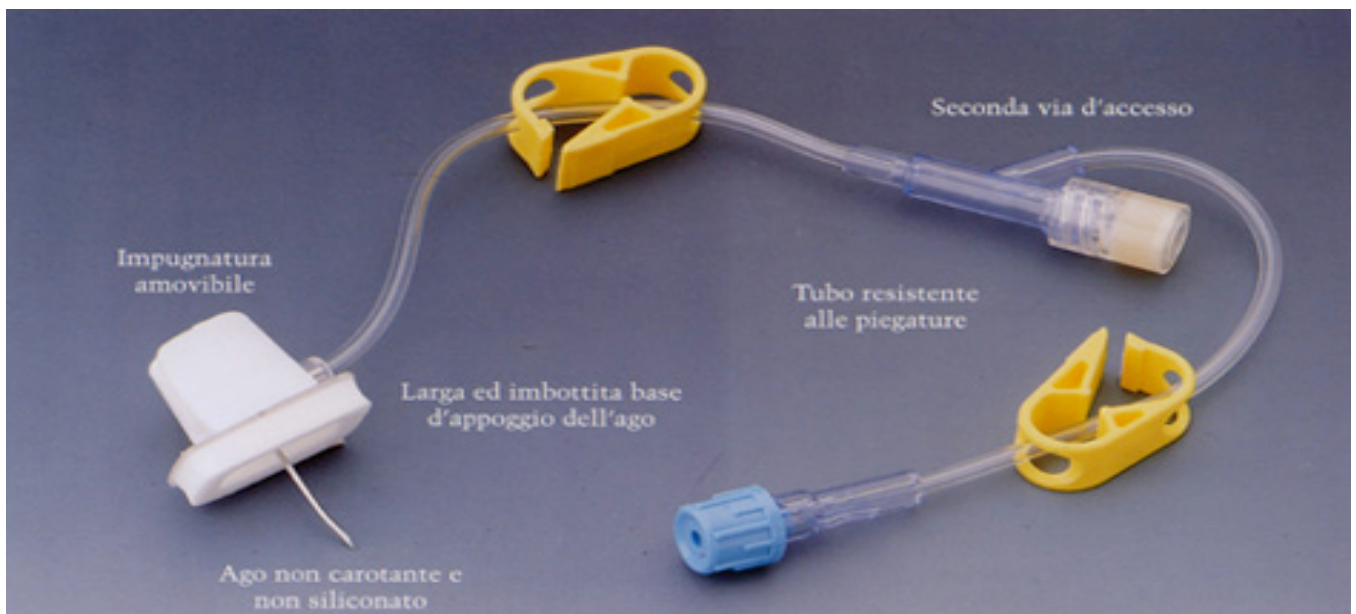
PROCEDURE

PER LA GESTIONE DEI

C.V.C.

- Parzialmente
- Totalmente

IMPIANTABILI



Gripper con ago di huber per l'accesso ai CVC totalmente impiantati

SOMMARIO

1. OGGETTO E SCOPO

1.1. Oggetto

1.2. Scopo

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

3. RESPONSABILITA'

4. INDICATORI APPLICABILI

5. DEFINIZIONI e LEGENDA

6. ASSISTENZA

6.1 Preparazione del paziente pre – posizionamento

6.2 Il giorno di posizionamento

6.3 Post posizionamento

7. GESTIONE del CVC

7.1 Raccomandazioni

7.2 Medicazione

7.3 Lavaggio

7.4 Lavaggio ed eparinizzazione

7.5 Prelievo ematico da Groshong

7.6 Prelievo ematico da Port a cath

8. GESTIONE DELLE COMPLICANZE

8.1 Infezione (flow chart)

8.2 Occlusione

8.3 Rottura del catetere

9.0 OPUSCOLO INFORMATIVO

10. ALLEGATI

10.1 Modulo di consenso informato

10.2 Modulo di richiesta per Posizionamento e/o Rimozione

10.3 Modifiche

11. BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Gruppo di lavoro:

Cimenton Roberta, Infermiera - Fanchin Gianmaria, Coordinatore (Oncologia Medica)

Dacomo Alessandro, Farmacista (Servizio Farmacia)

De Vivo Rocco, Oncologo - Faccin Romina, Infermiera (Oncologia Medica)

Mantoan Paola, Coordinatrice (Direzione Medica Ospedaliera)

Nicolin Roberto, Infettivologo - Benedetti Paolo, Infettivologo - Disconzi Cristina, Infermiera (U.O. Malattie Infettive),

Pellegrin Carlo, Anestesista (Dipartimento di Emergenza-Urgenza)

Perobelli Giovanna, Infermiera (U.O. Ematologia)

Referente di Procedura (RP): Gianmaria Fanchin

Redazione			Data			Funzione RP			Visto		
FIRME DI VERIFICA (non tutte necessariamente presenti in tutte le procedure)											
Direzione Sanitaria				Servizio Promozione Continuo Qualità e Accreditamento				Servizio Prevenzione Protezione Aziendale			
Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto			
	D.S.			SPMCQA			S.P.P.				
Direzione Medica Ospedaliera				Servizio Affari Legali e Amministrativi Generali				Ufficio Infermieristico Centrale			
Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto			
	D.M.O.			S. A. Leg.			U.I.C.				

1. OGGETTO E SCOPO

1.1. Oggetto:

La procedura descrive le modalità che devono essere seguite dallo staff medico/infermieristico per la preparazione al posizionamento, la manutenzione e la gestione dei cateteri venosi centrali tunnellizzati per pazienti afferenti alla struttura sanitaria dell'Azienda ULSS n.6 Vicenza.

1.2. Scopo:

La presente procedura serve a regolamentare le fasi di esecuzione della prestazione, con particolare attenzione alla prevenzione delle infezioni.

Scopo del posizionamento di un CVC è la necessità di effettuare quotidianamente prelievi ematici, infondere farmaci, emoderivati, terapie parenterali e/o assenza di accessi venosi periferici adeguati in pazienti che necessitano di una terapia a lungo termine.

La gestione corretta permette di evitare complicanze infettive e di limitare i rischi di ostruzione della via stessa.

La seguente procedura è redatta, inoltre, allo scopo di affrontare e risolvere i seguenti punti critici:

- mancanza di uniformità nella manutenzione di questi dispositivi medici (DM);
- rischi d'infezione sia a livello locale (foro di entrata del CVC e infezione del tunnel) sia a livello generale (sepsi);
- possibile cattivo funzionamento del CVC.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Paziente portatore di catetere venoso centrale impiantabile, (parzialmente o totalmente)

3. RESPONSABILITA'

Referente della Qualità dell' Unità Operativa (RQ)	E' responsabile dell'archiviazione, della diffusione e del monitoraggio della corretta applicazione (all'interno della propria Unità Operativa) della procedura
--	---

4. INDICATORI APPLICABILI

Indicatori di processo	Frequenza di elaborazione	Raccolta dati	Report
Nr.operatori che conoscono le procedure Tutti gli operatori dell'U.O. considerata	3 mesi 6 mesi		Test periodico verifica apprendimento
Indicatori di risultato			
% di infezioni locali / sepsi in pazienti portatori di sistema venoso centrale tunnellizzato	6 mesi	Si	RQ
% di trombosi del sistema in pazienti portatori di sistema venoso centrale tunnellizzato	6 mesi	Si	RQ

5.0 DEFINIZIONI E LEGENDA

- **Cat 1/A – Cat. 1B – Cat. 2** = Forza delle raccomandazioni
- **Clave Connector** = connettore a circuito chiuso per connessione senza ago
- **ML** = Millilitri
- **C.V.C.** = Catetere Venoso Centrale
- **DPI** = Dispositivi di Protezione Individuale
- **D.M.** = Dispositivi Medici
- **LOG BOOK** = Cartellino identificativo del catetere impiantato
- **LUER LOCK** = Sistema di connessione ago-siringa con vite ¼ di giro
- **MP – MT** = Set ferri chirurgici per medicazione
- **NTP** = Nutrizione Parenterale Totale
- **PUNTA APERTA** = senza valvola antireflusso
- **PUNTA CHIUSA** = con valvola antireflusso
- **R.Q.** = Referente Qualità
- **TVP** = Trombosi Venosa Profonda
- **U.O.** = Unità Operativa
-

6.0 ASSISTENZA

6.1	PREPARAZIONE AL POSIZIONAMENTO
	▪ Verificare la presenza del consenso informato ▪ Eseguire i seguenti esami ematochimici necessari e indispensabili per l'inserimento del CVC: a. Emocromo b. Pt, Ptt, Fibrinogeno, INR. ▪ Gli esami devono essere datati non oltre 30 giorni dalla data prevista per il posizionamento del CVC. ▪ Il criterio stabilito deve essere adattato e modificato sulla base delle condizioni cliniche del paziente e nei pazienti con prevedibili problemi coagulativi, ▪ L'eventuale somministrazione di piastrine v� eseguita entro 2 ore prima dell'inserimento del CVC. ▪ Nel caso di pazienti in <i>terapia</i> cronica con <i>dicumarolici</i> � necessario sospendere la terapia fino ad un valore INR inferiore o uguale a 2 (<i>eventuale sostituzione con eparina a basso peso molecolare, (calciparina).</i> ▪ In caso di URGENZA per i pazienti in trattamento con dicumarolici si pu� concordare il posizionamento di un CVC in vena femorale finch� i valori INR saranno compatibili con l'inserzione di un CVC definitivo; in ogni caso contattare sempre l'anestesista per ulteriori delucidazioni.

6.2	INDICAZIONI PER IL GIORNO DEL POSIZIONAMENTO
	a. Il paziente pu� fare una leggera colazione. b. Si consiglia di far togliere monili, smalto dalle unghie e accessori prima di essere accompagnato presso la Sala Operatoria da un operatore. c. Agli operatori di sala operatoria dovranno essere consegnati i seguenti documenti: - la cartella clinica (contenente gli esami ematochimici prestabiliti ed eventuali segnalazioni del medico di reparto) - la richiesta di inserimento CVC con il modulo di consenso informato, - la richiesta di RX Torace post posizionamento. d. Effettuare alcune domande al paziente per verificare il livello di apprendimento sulla gestione del CVC (opuscolo informativo, vedi pagina 9.0)

6.3	INDICAZIONI POST POSIZIONAMENTO
	1. Controllo radiografico per verificare il corretto posizionamento del cvc la cui refertazione dovrà essere registrata in cartella clinica 2. Applicare ghiaccio nel punto di inserzione per tutta la giornata 3. Controllare sede d'inserzione CVC (eventuali sanguinamenti) 4. Monitorare i parametri vitali (respiro, frequenza cardiaca, PA) per le prime 2 ore 5. Verificare la presenza del log book (cartellino identificativo del CVC) 6. Registrare nella documentazione eventuali complicanze intraoperatorie 7. Educare il paziente a non tirare il cvc (rischio elevato che si sfilii nei primi giorni dopo il posizionamento) 8. Informare il paziente di avvisare il personale sanitario in caso di: ▪ Tosse ▪ Dispnea, ▪ Febbre, ▪ Tachicardia ▪ Sanguinamento dal punto di inserzione. 9. Rimuovere i punti di sutura dopo 10 / 15 giorni dal posizionamento

7.0 GESTIONE DEL CVC

7.1	RACCOMANDAZIONI
	- Educare gli operatori sanitari riguardo l'uso del cvc, procedure corrette per la gestione e le misure appropriate per il controllo delle infezioni (cat. 1/A) - Valutare periodicamente le conoscenze delle linee guida (cat 1/A) - Monitorare regolarmente il sito del CVC attraverso: ◇ l'ispezione visiva ◇ la palpazione (cat. 1/B) - Educare ed invitare i pazienti a riferire qualsiasi comparsa di segni e sintomi quali: ◇ dolenzia, tumefazione, febbre ◇ emorragia ◇ allungamento anomalo del CVC esterno dal punto di inserzione ◇ manifestazioni che suggeriscano un'infezione locale (cat.2) - Lavaggio antisettico delle mani con saponi contenenti antisettici e acqua o con soluzioni a base di alcol. - Osservare l'igiene delle mani ◇ prima e dopo aver palpato il sito del cvc, ◇ prima e dopo cambio medicazione ed altre manovre. - L'uso dei guanti non deve sostituire il lavaggio delle mani (cat.1/A) - Registrare su modulo: ◇ la data di inserimento, ◇ i cambiamenti di medicazione, ◇ la data di rimozione ◇ la firma dell'operatore (cat.2) - Non usare pomate o creme antibiotiche sui siti di inserimento ad eccezione dei cateteri di dialisi (cat. 1/A).

7.2	MEDICAZIONE
	Materiali: ○ Ferri chirurgici (MP o MT) ○ Batuffoli di garza sterile ○ Garze sterili ○ Antisettico: iodopovidone al 10% o clorexidina al 2% o clorossidante elettrolitico al 10% (amuchina). ○ Cerotto trasparente in poliuretano o cerotto in TNT. ○ Dispositivi di protezione individuale (DPI): guanti sterili e non sterili, mascherina, cuffia.

7.2	MEDICAZIONE FASE NON STERILE 1. Informare il paziente 2. Far ruotare il capo dal lato opposto a dove si sta operando 3. Preparare l'ambiente, la zona di lavoro 4. Indossare i dispositivi di protezione da rischio biologico: - mascherina e cuffia con visiera o occhiali, per minimizzare il rischio di infezione al paziente 5. Lavaggio antisettico delle mani 6. Indossare i guanti (non sterili) e rimuovere la medicazione precedente ponendo attenzione e non stratonare il CVC. Cambiare i guanti FASE STERILE 7. Detergere la zona distale al punto di inserzione con soluzione di sodio cloruro 0,9%, se la cute è molto sporca o presenta molti residui di colla 8. Non utilizzare solventi organici come etere o acetone poiché rovinano la struttura stessa del catetere (cat.1A). 9. Passare il catetere con garza sterile imbevuta di clorexidina o soluzione di sodio cloruro 0,9% dalla parte distale per rimuovere residui di colla. 10. Disinfettare il punto di inserzione del CVC con movimenti circolari dall'interno verso l'esterno senza ripassare sullo stesso punto con la stessa garza; si ripete l'operazione due volte e si lascia asciugare per almeno due minuti. 11. Coprire il sito di inserzione con garze sterili: ◇ di piccola dimensione tagliate a coda di rondine, se il paziente ha tendenza alla sudorazione abbondante o se c'è stillicidio ematico; ◇ applicare una medicazione sterile semipermeabile e trasparente che permette di controllare l'inserzione stessa (cat.1A). ◇ non inserire garze sotto la medicazione trasparente (cat. 1B). 12. Avvolgere il connettore sotto un cerotto medicato o una pellicola trasparente. 13. Sostituire rampe di connessione e/o dispositivi a tre vie ogni 72 ore 14. Smaltire il materiale, togliersi i guanti e aiutare il paziente ad assumere una posizione confortevole. 15. Registrare la data (<i>anche sulla medicazione stessa</i>) e le eventuali annotazioni nel diario infermieristico o nel cartellino del paziente. RINNOVO MEDICAZIONE 1. La medicazione va rinnovata ogni volta che si presenta sporca, bagnata o staccata. - CVC tunnellizzati o totalmente impiantati: ◇ ogni 7 giorni finché il sito non è ben guarito (cat.1B). ◇ ogni 10 giorni a guarigione avvenuta
-----	--

7.3	LAVAGGIO (irrigazione del CVC)
	LAVAGGIO CVC PORT CVC breve termine PUNTA APERTA SI (con eparina) PUNTA CHIUSA NO GROSHONG PUNTA CHIUSA NO Materiale - Guanti sterili e non - Garze sterili o telino sterile - Antisettico - Siringhe da 10 ml e 5 ml - Tappino luer lock o clave connector (chiusura a permanenza) - Dispositivi Protezione Individuale - Cerotto - Fiala di soluzione di sodio cloruro 0,9% da 10ml Procedura - Indossare mascherina e cuffia - Lavaggio antisettico delle mani - Appoggiare il cvc (groshong) su telino o garza sterile - Disinfettare il raccordo tra cvc e tappino (eseguire uno sfregamento se dispositivo a chiusura permanente) - Svitare il tappino e raccordare la siringa vuota da 5ml, se clave connector disinfettare e raccordare con sfregamento senza svitare - Aspirare 5 ml di sangue dal raccordo tra CVC e tappino - Lavare con 10 ml di soluzione di sodio cloruro 0,9% con lavaggio pulsante – stop&go (<i>Nursing Association Vascular Access, 2003</i>), infondere lentamente l'ultimo cc di fisiologica - Disinfettare nuovamente l'imboccatura del cvc - Avvitare un nuovo tappino TIMING 1. utilizzo continuo nelle 24 ore – non fare NULLA 2. utilizzo periodico nelle 24 ore – lavaggio a fine infusione con soluzione di sodio cloruro 0,9% 3. utilizzo periodico mensile o > - Eseguire il lavaggio con soluzione di sodio cloruro 0,9 % 10 ml ogni 10 giorni. 4. uso di farmaci rischio di precipitazione 5. infusione di sacche NTP 6. trasfusione di sangue } lavaggio a fine infusione sol.di sodio cloruro 0,9% 20 ml

7.4	LAVAGGIO ED EPARINIZZAZIONE DEL C.V.C. PORT non valvolato (punta aperta) Materiale - Guanti sterili e non - Garze sterili - Antisettico - Siringhe da 10 ml o 20 ml - Dispositivi Protezione Individuale (DPI) - Fiale di soluzione di sodio cloruro 0,9% da 10 ml - Eparina pronta in fiale monodose da 250UI/ 5ml - Trousse chirurgica - Ago di Hubert o Gripper con prolunga - Cerotto Procedura applicazione ago di Hubert o Gripper - Lavaggio antisettico delle mani - Preparare il campo sterile - Aprire l'ago e la medicazione scelta su garza sterile - Raccordare una siringa da 10 ml vuota sterile all'ago di Hubert (riempire la prolunga con soluzione di sodio cloruro 0,9% se si usa ago di Gripper) - Indossare guanti sterili - Disinfettare la cute sopra il reservoir del port con l'antisettico appropriato con uno sfregamento in senso centrifugo (2 volte) e lasciare agire per 1 minuto, asciugare con garza sterile 1. Localizzare visivamente e palpatariamente il reservoir e il punto di repere 2. Disinfettare ulteriormente 3. Collocare il port in un triangolo formato dal pollice e dalle prime due dita ed individuare il punto centrale corrispondente al centro del port 4. Inserire l'ago perpendicolarmente e far avanzare l'ago fino alla base rigida del reservoir 5. Verificare il corretto posizionamento con aspirazione ematica di 5 ml (per togliere la vecchia eparina) e infondere 10 ml di sol. di sodio cloruro 0,9% 6. Eseguire il lavaggio con 5 ml di soluzione di eparina pronta (fiala monodose) 7. Estrarre l'ago tenendo bloccata il reservoir del port con due dita 8. Disinfettare la cute ed applicare il cerotto 9. Registrare sul cartellino del paziente la data dell'esecuzione del lavaggio TIMING Eseguire lavaggio ed eparinizzazione del port non valvolato ▪ Al termine di ogni utilizzo ▪ Ogni 30 gg. se non viene usato.
-------------------	--

7.5	PRELIEVO di SANGUE dal CVC – seguire procedura del laboratorio analisi GROSHONG valvolato (a punta CHIUSA)
	Materiale - Lo stesso per effettuare il lavaggio - Mascherina- cuffia - Antisettico - Guanti monouso - Provette - Siringa da 10 ml per prelevare il sangue da gettare - Vacutainer - Soluzione di sodio cloruro 0,9% Procedura - Lavaggio antisettico delle mani; - Sospendere eventuali infusioni (per non contaminare il prelievo); - Posare il cvc su telino o garza sterile - Disinfettare la zona di raccordo tra tappino e CVC, (se si usano dispositivi di chiusura a permanenza disinfettare mediante sfregamento); - Raccordare la siringa da 10 ml vuota ed aspirare 5 ml di sangue da gettare; - Usare il vacutainer o una siringa nuova per il prelievo; - Disinfettare l'imboccatura del cvc, sraccordare il vacutainer o la siringa e lavare il cvc con 10 ml di soluzione di sodio cloruro 0,9%; - Riprendere le infusioni o eseguire il lavaggio con soluzione di sodio cloruro 0,9%; - Disinfettare nuovamente se si raccorda un nuovo tappino, se si usano dispositivi a chiusura permanente, assicurarsi che siano ben lavati.

7.6	PRELIEVO DI SANGUE DAL CVC – secondo procedura del laboratorio analisi
	Materiale per PORT A CATH non valvolato (a punta APERTA) - Vedi punto 7.4 - Provette - Siringa da 10 ml per prelevare il sangue da gettare - Vacutainer - Soluzione di sodio cloruro 0,9% Procedura - Vedi punto 7.4 - Aspirare 5 ml di sangue da gettare - Aspirare la quantità necessaria per i prelievi - Lavare il Port con 20 ml di soluzione di sodio cloruro 0,9% - Eseguire lavaggio con soluzione di eparina pronta (250 UI/5ml) - Togliere ago (vedi punto 7.4) - Applicare cerotto - N.B. si consiglia di eseguire le prove di coagulazione solo per casi eccezionali, aspirando preventivamente 5 ml di sangue.

8.0 GESTIONE DELLE COMPLICANZE

8.2	OCCLUSIONE
	L'occlusione del CVC può essere dovuta a: 1. Coaguli di sangue refluito all'interno del cvc (causa più frequente) 2. Aggregati lipidici in corso di NPT 3. Depositi di minerali (precipitati da incompatibilità tra farmaci) 4. Occlusioni meccaniche da strozzamento come nel: • <i>pinch-off</i> (pinzamento del cvc tra clavicola e prima costola) • <i>kinking</i> (inghinocchiamento del cvc) - Verificare se trattasi di ostruzione del lume del catetere o per TVP - Se ostruzione in/out (dentro/fuori nel lume del catetere): avvisare il medico - Risolvere l'ostruzione effettuando tentativi (<i>su prescrizione</i>) con: ➤ Sol. di eparina (5.000 U/ml), attendere mezz'ora e ritentare l'aspirazione. ➤ In caso di insuccesso infondere Urokinasi da 10.000 a 50.000 U/ml lasciando il farmaco in sede per una o due ore Se segni di TVP: edema della spalla, collo, braccio, mano omolaterale al CVC, con turgore venoso superficiale indicazione assoluta alla rimozione del catetere e terapia sistemica anticoagulante. • Verificare, dopo la rimozione, eventuali difetti del catetere • Inviare il CVC in Microbiologia in contenitore sterile per coltura ed antibiogramma 5. L'impossibilità di aspirare sangue del catetere mentre l'infusione è conservata, (<i>withdrawal occlusion</i>), dovuta da una guaina di fibrina che si forma nella punta del catetere o nella valvola (groshong): • il recupero della funzione del catetere può essere dovuta con energica aspirazione capace di aspirare la guaina o mediante un dispositivo dedicato usato per il <i>brushing</i> endoluminale.

8.3	ROTTURA DEL CVC
	La rottura può avvenire nella parte interna al lume venoso per compressione tra clavicola e la prima costa (<i>pinch off</i>). Questa rottura è comune sia ai CVC tunnellizzati che Port a cath. DIAGNOSI - Sintomatica: dolore all'infusione e/o rigonfiamento locale - Strumentale: RX Torace con Mezzo di Contrasto MdC, se necessario EMBOLIZZAZIONE DEL CATETERE ROTTO - Cateterismo cardiaco d'URGENZA per il recupero del catetere fratturato. - La parte restante va rimossa (reservoir). La rottura esterna può accadere per scorrette manovre sul catetere, che viene lesionato parzialmente o totalmente. In quest'ultimo caso esistono kit di riparazione dedicati che permettono il mantenimento della funzione del catetere (consultare l'anestesista)

10.0 ALLEGATI

Parametri

Timing	PA	Fc	Fr/respiro	Emorragia	RX torace	Ghiaccio
0 min	mm/hg	b/m		Si no	Si no	Si no
60 min	mm/hg	b/m		Si no		Si no
120 min	mm/hg	b/m		Si no		Si no

10.2	Richiesta per POSIZIONAMENTO e/o RIMOZIONE CVC	
	conservare in cartella clinica	
	Cognome e nome _____	etichetta
	Data di nascita _____	
Patologia _____		
		Reparto ☐ Ematologia ☐ Ematologia DH ☐ Oncologia ☐ Oncologia DH ☐

Il sottoscritto Dr. _____ chiede il/la:

POSIZIONAMENTO

- ☐ CVC breve termine
- ☐ Catetere venoso centrale tunnelizzato
- ☐ Port a Cath
- ☐

a tal scopo si impegna a:

- richiedere il **consenso informato**
- effettuare una **radiografia di controllo** del torace per valutare il corretto posizionamento del catetere
- dopo posizionamento **sorvegliare** il paziente per rilevare l'eventuale comparsa di **complicanze**

RIMOZIONE

- ☐ catetere venoso centrale tunnelizzato
- ☐ port a cath
- ☐ altro

per le seguenti

CAUSE

- ☐ infezione _____ da (_____) **inviare per esame colturale**
- ☐ rottura _____ agente eziologico
- ☐ fine terapia
- ☐ trombosi

ESAMI EMATOCHIMICI ESEGUITI in data.....

Piastrine:.....PT PTT.....Fibrinogeno.....

Data.....

Firma.....

spazio note

anestesista

Catetere

☐ groshong (_____)

marca

(_____) port a cath low ☐

marca

(_____) port a cath high ☐

marca

Sede

succlavia sn ☐

succlavia dx ☐

giugulare int. dx ☐

Complicanze

Inserimento difficile ☐

..... ☐

pneumotorace ☐ ☐

ematoma ☐

puntura arteria ☐

Data posizionamento.....

Medico Anestesista.....

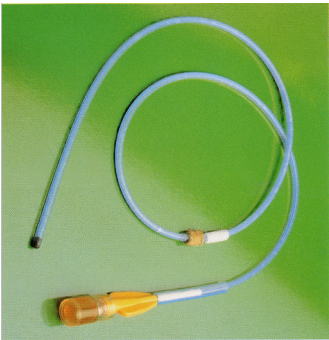
Data rimozione.....

Medico Anestesista.....

11. BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Guida all'utilizzo degli antisettici e dei disinfettanti dell'Azienda Policlinico (Mo, 1995)
- Richard - Smith A., Buh - S.: "Reducing central line catheter infections in bone marrow transplant patients". Nurs - Clin - North - Am. 1995 Mar., 30 (1), 45 - 52
- Br. J. Haematol. 1997, 98, 1041 - 1047 "BCSH guidelines on the insertion and management of central venous lines". Member of the working party: Dr. J. G. Smit et al.
- Dennis G. Maki - Marilyn Ringer - Carla J. Alvarado: "Prospective randomised trial of povidone - iodine, alcohol, and chlorhexidine for prevention of infection associated with central venous and arterial catheters" THE LANCET Vol. 338 August 10, 1991
- "Linee guida per la prevenzione delle infezioni associate a catetere intravascolare" CDC Atlanta, agosto 2002, GIIO vol.9, n. 3 lug-sett 2002;
- AAVV "Procedure di gestione infermieristica del CVC" Istituto Nazionale Tumori – Aviano, 2002;
- Saracini C. "Linee guida all'uso dei CVC" Azienda Ospedaliera di Padova, maggio 2003;
- Verso.M, Agnelli G. "Venous thromboembolism associated with long-term use of CVC in cancer patients" Journal of Clinical Oncology, vol. 21 n. 19, 2003;
- "Gli accessi venosi centrali a lungo termine" Atti del IV congresso nazionale GAVeCeLT, Milano, 20-22 novembre 2003;
- Rasero L. "Confronto di due differenti protocolli nell'intervallo del cambio di medicazione per CVC" Haematologica 2000, 85: 275 – 279;
- Aldrighetti L., Ferla G. "Long term central venous access in oncology: who, why, when? European Journal of Oncology – vol. 8 – n.4 – December 2003;
- Klerk CP, Smorenburg SM, Buller HR. „Thrombosis prophylaxis in patient populations with a central venous catheter: a systematic review." Arch Intern Med. 2003, Set 8; 163 (16): 1913-21.
- De Neef M, Heijboer H, van Woensel JB, de Haan RJ. "The efficacy of heparinization in prolonging patency of arterial and CVC in children: a randomised double-blind trial". Pediatric Hematol Oncol. 2002 Dec; 19(8):553-60;

9.0 OPUSCOLO INFORMATIVO



Per qualsiasi problema



può telefonare presso

U.O.....

Telefono.....

9.1

Azienda ULSS n.6 Vicenza
INFORMAZIONI AL PAZIENTE

ALCUNE INFORMAZIONI

SUL

CATETERE VENOSO CENTRALE

C.V.C

tunnelizzato

Il Catetere Venoso Centrale C V C

1. A COSA SERVE

I cateteri venosi centrali a lunga permanenza vengono utilizzati per:

- effettuare terapie prolungate e/o ripetute frequentemente (chemioterapie, terapie nutrizionali e/o altri farmaci);
- effettuare prelievi di sangue per esami di laboratorio senza la necessità di subire continue punture.

2. CHE COS'E'

Il catetere venoso centrale a lunga permanenza, è un tubicino morbido, vuoto all'interno, in silicone. Viene inserito in anestesia locale (*si avvertirà un leggero fastidio*), sotto la cute all'altezza della clavicola. La procedura è ambulatoriale e viene eseguita dall'anestesista. In alcuni casi può essere posizionato anche nella piega del gomito, o raramente nella regione superiore del collo.

3. L'INSERIMENTO

Verrà effettuata una piccola incisione in anestesia locale, vicino alla clavicola (*punto di inserimento*). La punta del catetere verrà inserita all'interno della vena. Viene creato un passaggio sotto la pelle, dal punto di inserimento fino ad un'altra incisione, chiamata punto di uscita (*tunnel sottocutaneo*).

4. CURA DEL CATETERE

Consiste in controlli periodici con **lavaggio e medicazione** della cute circostante a cura degli infermieri:

Catetere sottocute (PORT)

- il giorno dopo il posizionamento del catetere
- ogni 7 giorni fino a guarigione avvenuta, poi ogni 30 giorni
- **rimozione dei punti** di sutura dopo 10 giorni dal posizionamento del catetere

Catetere Esterno

- ogni 7 giorni fino a guarigione avvenuta,
- poi ogni 10 giorni

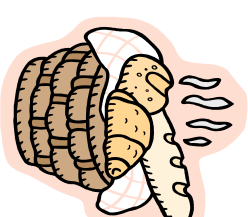
5. ATTENZIONE – Rivolgersi agli Infermieri in caso di:

comparsa di **Febbre** (oltre i 38°C o dopo poche ore dal lavaggio),
Arrossamento con Dolore sul punto di uscita del CVC, **Fuoriuscita di Materiale Anomalo**. **Medicazione Staccata**.

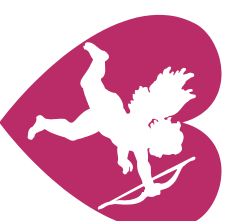
Avere il catetere venoso centrale CVC non le impedirà di condurre una **vita normalmente attiva**.



viaggiare



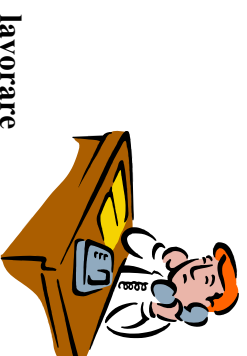
mangiare come di consueto



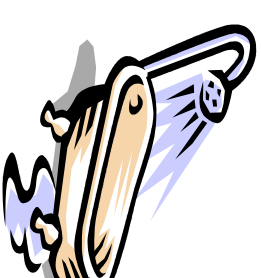
rapporti sentimentali



riposare



lavorare



fare la doccia
se il catetere fuoriesce dalla cute fare **attenzione** a non bagnare la medicazione (proteggere con cerotto impermeabile)



attività fisica moderata



guidare possibile esoner dall'obbligo della cintura