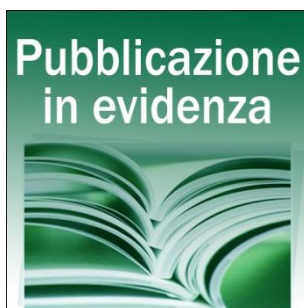




Il Team Accessi Vascolari di Bard vi saluta cordialmente e vi propone la lettura del nuovo numero del nostro "Vascular Access News". In questo numero:



L'INTERVISTA DEL MESE
Pietro Zerla
Coordinatore del PICC Team Infermieristico
ASST Melegnano e Martesana

Buongiorno Dr. Zerla, quando è stato deliberato il vostro PICC Team?

Abbiamo iniziato nel 2008 il progetto per l'introduzione dei PICC nell'attività quotidiana, avviando un processo di formazione del personale sanitario e di analisi della costo-efficacia del PICC Team all'interno della nostra Azienda, coinvolgendo la Direzione Sanitaria, il SITRA e la Farmacia.

Nel 2010 viene impiantato il primo catetere, ottenendo nel 2012 la delibera definitiva e nel 2015 viene deliberata la costituzione di un AV Team Aziendale, composto da un comitato tecnico scientifico multidisciplinare di governance ed un team operativo di competenza infermieristica per impianto dei

PICC, Midline e Power Glide e di competenza medica per impianto dei CVC, port e tunnellizzati.

Vi occupate solo dell'impianto dei cateteri?

Gli impianti dei cateteri ricoprono un ruolo fondamentale nella nostra giornata, in quanto il loro uso è sempre più diffuso e richiesto, ma siamo costantemente impegnati nel rispondere alle richieste di consulenza infermieristica, nello svolgere un'attenta sorveglianza di tutte le fasi collegate alla vita del catetere, ed una attenta rilevazione degli eventi che si verificano durante l'intero percorso di cura, dall'impianto alla rimozione.

Avete quindi un database per la raccolta delle informazioni?

Assolutamente sì. La raccolta dei dati è fondamentale per avere un attento e costante controllo sulla qualità clinica delle nostre prestazioni e quindi della qualità della cura che prestiamo ai pazienti.”

Dal 2010 ad oggi immagino che i dati raccolti siano tanti ed interessanti. Avete già effettuato una prima analisi?

Nel 2013 abbiamo condotto uno studio osservazionale retrospettivo da marzo 2010 a dicembre 2013 raccogliendo in modo sistematico le informazioni riguardanti tutti i pazienti, in particolare i pazienti oncologici portatori di PICC e Midline che afferivano alla nostra struttura, molti dei quali presentavano un quadro clinico estremamente complesso per la presenza di patologie concomitanti e di terapie che prevedevano la somministrazione di più farmaci per e.v. per periodi medio lunghi. In particolare si è cercato di mettere in luce l'incidenza delle complicanze infettive, meccaniche e trombotiche che si sono verificate durante il periodo di osservazione. Tutti i pazienti sono stati seguiti presso il nostro ambulatorio PICC.

Quali risultati avete ottenuto dallo studio?

Ottimi risultati, garantendo ai nostri pazienti un accesso stabile a garanzia del patrimonio venoso. Inoltre confermiamo che la standardizzazione della tecnica di impianto e della gestione dei dispositivi permette di avere un abbattimento delle complicanze.

Riteniamo fondamentale avere un database per la raccolta dati che segue la vita del catetere con attenzione verso le complicanze. Inoltre va considerato che sia l'impianto ed in particolare la gestione dei cateteri devono essere eseguite da personale qualificato e formato, seguendo un protocollo ospedaliero standardizzato, a garanzia dei risultati.

L'analisi dei dati ha evidenziato che i cateteri Groshong, in silicone con punta chiusa valvolata, hanno dimostrato una netta superiorità in termini di affidabilità globale con meno complicanze calcolate in giorni/catetere, confermando la biostabilità a lungo termine del catetere Groshong medesimo.

Lo studio è stato pubblicato?

Il lavoro è stato pubblicato nel 2015 sulla rivista scientifica Americana JAVA con il titolo
“Open-vs Closed-Tip Valved Peripherally Inserted Central Catheters and Midlines: Findings from a Vascular Access Database”

Risultati veramente eccezionali. Avete in previsione un'analisi dei dati aggiornati?

Dopo la pubblicazione del lavoro sul JAVA, uno degli obiettivi prefissati dall'AV Team è stato quello di verificare i risultati ottenuti alla luce delle novità messe a disposizione degli operatori sanitari durante l'ultimo quinquennio. Quindi abbiamo analizzato i dati a partire dal 01/01/14 fino al 31/08/2016, utilizzando le stesse modalità del primo studio, ovvero con delle Query al nostro Data Base, rivolgendoci alla medesima tipologia di pazienti.

Avete già qualche indicazione sui risultati? Potrebbe accernarci qualcosa in anteprima?

Certo, in riferimento ai nostri report direi che **Il presente conferma il passato!**.

Grazie Dott. Zerla per questa anteprima (qui sotto riportata) in attesa della nuova pubblicazione e buon lavoro.

Grazie a voi.

ANALISI DATI PICC E MIDLINE DA GENNAIO 2014 AD AGOSTO 2016

AV Team ASST Melegano e della Martesana

Nel periodo considerato gli impianti sono stati 1.582 cateteri per un totale di 125.300 giorni/cateteri, 732 uomini con 41.975 (g/c) e 850 donne con 83.325 (g/c).

Query 1 - Tipo di catetere e giorni di permanenza

Tipo di catetere	Numero	Giorni/catetere
PICC	893	114.229
Midline	689	11.071
TOTALE	1.582	125.300
PICC punta aperta	285	15.119
PICC Groshong	608	99.110
Midline punta aperta	378	3.769
Midline Groshong	311	7.302

Query 2 – Principali indicazioni all'impianto

Indicazioni	N° pazienti	%
Chemioterapia	1.210	76%
NPT	170	11%
Altre terapie	107	7%

Query 3 – Complicanze infettive, meccaniche e trombotiche per tipo di catetere a dispositivo attivo

Sangue e derivati	71	4%	
Antibiotici	24	2%	
Tipo di catetere	N° tot. cateteri	N° complicanze	% complicanze per tipo di catetere
PICC punta aperta	285	65	23%
PICC Groshong	608	87	14%
Midline punta aperta	378	45	12%
Midline Groshong	311	34	11%
TOT	1.582	231	15%

Query 4 – Numero complicanze con necessità di rimozione

Tipo di catetere	N° complicanze	N° cateteri rimossi	% rimozione per tipo di catetere
PICC punta aperta	65	57	88%
PICC Groshong	87	26	30%
Midline punta aperta	45	40	89%
Midline Groshong	15	34	44%
TOT	231	138	60%

Query 5 – Complicanze e rimozioni per tipologia di catetere

Complicanze	PICC punta aperta			PICC Groshong			Midline punta aperta			Midline Groshong		
	Compl	Rim	% rim	Compl	Rim	% rim	Compl	Rim	% rim	Compl	Rim	% rim
Infettive	4	4	100%	3	3	100%	2	2	100%	1	1	100%
Occlusione totale	14	14	100%	12	12	100%	9	9	100%	6	6	100%
Trombosi	10	8	80%	16	2	12%	5	4	80%	3	1	33%
P.W.O.	37	31	84%	56	9	16%	29	25	87%	24	7	29%



Valutazione dell'efficacia dei dispositivi venosi periferici a cannula lunga vs quelli di lunghezza standard nella riduzione delle complicanze: studio clinico randomizzato controllato

Tiziana De Prospe¹, Antonia Attin², Renato De Giorg², Stefania Farinell², Daniela Jol², Francesca Maddalena², Ugo Marchisio², Silvio Geninatti³

¹Qualità e Accreditamento ASLTO2

²MeCAU, Ospedale Maria Vittoria, ASLTO2

³Ricerche Statistiche ed epidemiologiche, ASLTO2

ASSIST INFERM RIC 2015; 34: 116-124

INTRODUZIONE

Si stima che il 30-80% dei pazienti riceva almeno un catetere venoso periferico durante la sua degenza. Il catetere venoso periferico può essere reponsabile di numerose complicanze sia sistemiche che locali, quali tromboflebiti e, anche se più raramente, infezioni; come anche occlusioni o infiltrazioni e/o stravasi nel tessuto circostante o possono rimuoversi accidentalmente.

METODO

Studio clinico randomizzato controllato su 211 pazienti ricoverati in un reparto di Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza, per un totale di 339 cannule. Sono stati inclusi i pazienti maggiorenni con una terapia >72 ore e indicazione di posizionare un catetere venoso periferico. Dopo la randomizzazione le cannule sono state ispezionate giornalmente fino alla rimozione

OBIETTIVI

Lo scopo dello studio è verificare se l'incidenza delle complicanze da accessi venosi periferici, si riduce con l'utilizzo delle cannule lunghe midline, rispetto alle cannule standard. La cannula presa in esame è stata il Midline Groshong[®] (con valvola antireflusso prossimale, alla punta del catetere) e come cannule di lunghezza standard sono state utilizzate principalmente: Tipro-One[®], Neotec -1W[®] e Introcan Safety[®]. Il midline è un catetere lungo tra 7.5 e 20 cm, inserito alla distanza massima di 3.75 cm al di sopra o al di sotto della fossa anticubitale dell'arto superiore, con la punta che si ferma prima del tratto vascolare dell'ascella. Le peculiarità delle cannule midline sono: la permanenza in sito per più settimane e l'accessibilità a vasi venosi di più ampia portata quali le vene cefalica e basilica (250 mL/min); permangono i limiti delle infusioni per via periferica quali l'impedimento ad infondere soluzioni ipertoniche, iperosmolari, con ph acido o basico.

RISULTATI

Si sono verificate 186 complicanze con le cannule standard e 16 con le midline, per 1000 giorni catetere. I pazienti con cannula standard hanno avuto 47 flebiti, nessuna quelli con midline; le infiltrazioni sono state notevolmente ridotte (66 vs 2 per 1000 giorni catetere) anche le trombosi asintomatiche (34 vs 7 per 1000 giorni catetere). Una notevole riduzione si è ottenuta anche per le occlusioni e le rimozioni accidentali. Tutte le differenze sono statisticamente significative, ad eccezione delle trombosi sintomatiche e delle rimozioni per altre cause. Sono anche emerse differenze statisticamente significative sulla permanenza della cannula dopo la dimissione: il 9.4% (IC95% 4.6-16.7) per la cannula standard vs. 48.6% (IC% 38.7-58.5) per il midline; e anche per la prosecuzione della terapia infusioneale dopo la dimissione: 16% (IC95% 9.6-24.4%) con cannula standard vs 43.8% (IC95% 34.1-53.8) con midline. Se si tiene conto delle complicanze prevenute, l'elevato costo dei midline viene ridimensionato. I pazienti con midline riferiscono meno limitazioni (96% vs 50.7%) e sono più soddisfatti (91.9% vs 53.7%).

Tabella complicanze legate al catetere nei due gruppi

Esiti	cannula lunghezza standard		cannula midline		RR - IC 95%		P
	N. 231	Densità di incidenza [§]	N. 108	Densità di incidenza*			
Rimozione device per complicanze	132	185.9	29	16.4	11.3	7.6-16.8	<0.01
Flebiti	47	66.2	0 [^]	0	117.1	16.2-847.1	<0.01
Infiltrazioni/stravasi	47	66.2	3	1.7	39.0	12.2-125.0	<0.01
Occlusioni	16	22.5	4	2.3	9.9	3.3-29.7	<0.01
Rimozione accidentale	32	45.1	15	8.5	5.3	2.9-9.6	<0.01
Trombosi sintomatiche	1	1.4	1	0.6	2.5	0.2-39.8	0.25
Trombosi asintomatiche	19 (195 ^Δ)	33.9 (561 [°])	4 (57 ^Δ)	7.1 (631 [°])	5.3	1.8-15.5	<0.01
Rimozione device per altre cause	4	5.3	8	4.8	1.2	0.4-4.1	0.36

densità di incidenza per per mille giorni catetere; [§]710 giorni di esposizione; ^{*}1769 giorni di esposizione; [^]nel gruppo cannula midline in assenza di flebiti si è attribuito il valore di 1 per determinare il RR; ^Δtotale cannule considerate per la variabile trombosi asintomatiche; [°]giorni di esposizione riferiti alla variabile trombosi asintomatiche

CONCLUSIONI

Utilizzare le cannule Midline Groshong[®] riduce le complicanze da CVP, in particolare azzerava le flebiti e riduce drasticamente le infiltrazioni, le occlusioni e le rimozioni accidentali. Permangono alcuni eventi di trombosi che vanno studiati anche con un follow-up prolungato, considerato che il midline può restare fino a 6 settimane in sede. I midline possono rappresentare un dispositivo di prima scelta per i soggetti in terapia endovenosa/infusionale, almeno per il periodo studiato, in quanto riducono di oltre il 25% le complicanze e sono preferiti dai pazienti. Questi risultati non sono ovviamente estendibili automaticamente a cannule midline diverse da quelle utilizzate nello studio.



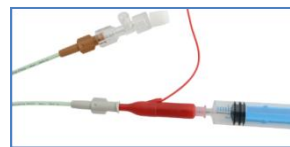
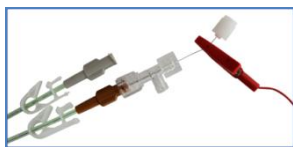
La Bard Access Systems Inc. ha acquisito dalla Romedex International il sistema per il controllo del posizionamento della punta dei cateteri venosi centrali Nautilus Delta[™] TCS.

Il Nautilus Delta[™] TCS (Tip Confirmation System) fornisce informazioni in tempo reale sulla posizione della punta del catetere per pazienti adulti e pediatrici con un'onda P identificabile. Utilizzando l'attività elettro-cardiografica del paziente (ECG), il Nautilus Delta[™] TCS è indicato per posizionare in giunzione cavo-atriale (CAJ) qualsiasi accesso venoso centrale (CVAD) disponibile in commercio identificato nelle indicazioni per l'uso (calibri da 3FR o superiori). Inoltre, il Nautilus Delta[™] TCS supporta la navigazione dei Cateteri Venosi Centrali a partire dal punto di inserimento in vena fino alla giunzione cavo-atriale attraverso un'analisi e conseguente visualizzazione di un segnale di navigazione relativo al picco R.

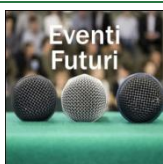
Il Nautilus Delta[™] TCS utilizza degli adattatori sterili opzionali per effettuare la tecnica ECG con le due tecniche più diffuse in campo clinico: attraverso il collegamento con lo stiletto del catetere e



attraverso l'infusione di una colonna di soluzione fisiologica.



Il Nautilus Delta TM TCS consente di eseguire la tecnica ECG di controllo del posizionamento della punta di tutti i cateteri venosi centrali (port, tunnellizzati, cvc breve termine, cvc da dialisi, PICC).



CONGRESSI e CONVEGNI

70° Congresso Nazionale SIAARTI	Napoli	26/29 Ottobre
Workshop PICC e CVC	Sala Sicilia	29 Ottobre
10^ Congresso Wound Care: le frontiere	Humanitas Rozzano (MI)	28/29 Ottobre
Seminario Accessi venosi ad inserzione periferica, tecniche di posizionamento e gestione del device	Humanitas Rozzano (MI)	28 Ottobre
Convegno Sei in vena – Il patrimonio venoso: il sesto parametro	Novara	11 Novembre

CORSI

Corso Teorico-Pratico Cateterismo venoso complesso periferico e centrale	Bolzano	11/12 Ottobre
Gli Accessi Vascolari: dall'ago-cannula al PICC	S. Cataldo (CL)	24/25 Novembre
Corso teorico pratico impianto PICC	Torino	24/25 Novembre
Corso teorico-pratico per impianto e gestione degli accessi venosi centrali a medio e lungo termine	Napoli	24/25 Novembre

Per maggiori informazioni sui corsi, inviare cortesemente una mail al seguente indirizzo email:
annalisa.balestriere@crbard.com

Grazie dell'attenzione da parte del **Team Accessi Vascolari**

Si ricorda che, ai sensi dell' Art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003 che tutela tutti i soggetti interessati in materia di trattamento dei loro dati personali, qualora non desideriate ricevere più informazioni di questo genere, Vi preghiamo di cliccare su "unsubscribe" e sarete rimossi immediatamente dai nostri elenchi. Grazie

[unsubscribe](#)