

# 8 - MIDWIFERY ONCOLOGICO

Ostetrica Dott.ssa Liliana Di Nicolantonio

# ASSISTENZA ALLA DONNA CON PATOLOGIA ONCOLOGICA

2

- La malattia oncologica irrompe nella vita del pz. sconvolgendola globalmente;
- L'impatto della malattia oncologica avviene sulla dimensione biologica, psicologica e sociale della persona.

# DIMENSIONE BIOLOGICA

3

- **I problemi biologici** che si trova ad affrontare un malato di cancro sono molteplici, riconducibili non solo alla malattia, ma anche ai trattamenti a cui viene sottoposto:
  - ▣ **CHIRURGICO:**
    - Mutilazioni
    - Perdita della propria integrità corporea
    - Dolore
    - Manipolazioni ed esposizione del proprio corpo

# DIMENSIONE BIOLOGICA

4

## □ CHEMIOTERAPIA:

- Nausea e vomito
- Irritazioni cutanee
- Sonnolenza e spossatezza
- Alopecia
- Stomatiti
- Flebiti
- Alterazioni dell'alveolo
- Infezioni opportunistiche

## □ RADIOTERAPIA:

- Reazioni cutanee
- Perdita di peli e capelli
- Stanchezza

# DIMENSIONE PSICOLOGICA

5

- ANSIA E DEPRESSIONE:
  - ▣ Consapevolezza di avere una malattia che minaccia la propria vita
  - ▣ Incertezza circa la prognosi
  - ▣ Paura di morire
  - ▣ Paura di soffrire
  - ▣ Sentimenti di colpa
  - ▣ Riduzione dell'autostima
  - ▣ Perdita della propria immagine
  - ▣ Perdita di ruolo
  - ▣ Paura di essere di peso (familiari, società)

# DIMENSIONE SOCIALE

- La malattia oncologica è da considerare un affezione “sociale” per le ricadute sulla collettività:
  - ▣ Danno economico per mancata produttività, assenteismo
  - ▣ Costo per le spese di cura (ospedaliera, domiciliare, ambulatoriale, farmaceutica)
  - ▣ Costi legati all’organizzazione sanitaria
  - ▣ Caregiver

# ASSISTENZA ALLA DONNA CON PATOLOGIA ONCOLOGICA

7

- Il riconoscimento ed il rispetto delle reazioni, e dei sentimenti del paziente attraverso l'analisi delle sue parole e dei suoi atteggiamenti, permette una comprensione ed una gestione più adeguata dello stesso e di chi lo assiste:
  - ▣ EMPATIA
  - ▣ ASCOLTO ATTIVO
  - ▣ RICONOSCERE I MECCANISMI DIFENSIVI

# KUBLER ROSS

8

- Kubler-Ross teorizza cinque fasi attraverso le quali passerebbe obbligatoriamente un individuo (anche se non necessariamente in questa esatta sequenza) a seguito della perdita di una persona cara – o dell’annuncio di un’imminente perdita:
  - ▣ NEGAZIONE/RIFIUTO
  - ▣ RABBIA
  - ▣ NEGOZIAZIONE
  - ▣ DEPRESSIONE
  - ▣ ACCETTAZIONE

# ASSISTENZA ALLA DONNA CON PATOLOGIA ONCOLOGICA

9

- Il primo contatto deve essere improntato da un grande senso di umanità per rendere meno traumatico il passaggio dalla propria famiglia ad un ambiente estraneo rappresentato dalla struttura sanitaria.
- Occorre creare un ambiente sereno, in cui il Paziente avverta la disponibilità a curarlo con competenza ed assisterlo in ogni momento e nelle diverse necessità che la sua situazione comporta

# CARCINOMA VULVA

- L'incidenza aumenta nel post menopausa e nell'età senile
- 3-5% dei tumori genitali
- E' in aumento nella popolazione femminile fra i 45-55 aa. per la diffusione dell'infezione da HPV
- La sintomatologia è spesso assente o aspecifica

# CARCINOMA VULVA

## sintomatologia

---

- Prurito vulvare
- Bruciore
- Dispareunia
- Dolore
- Disagio psicologico

# CARCINOMA DELLA VULVA

## obiettività

- Riscontro di aree distrofiche
- Ulcerazioni
- Lesioni sanguinanti
- Lesioni con sovrainfezioni legate alla sede anatomica
- Linfonodi inguinali palpabili
- disuria

# Ca vulva

---

- La dimensione del tumore, lo stadio , il coinvolgimento degli spazi linfo-vascolari e lo stato linfonodale sono fattori prognostici fondamentali per il carcinoma squamocellulare della vulva

# CA VULVA

## TERAPIA

- La chirurgia resta il trattamento di elezione del carcinoma della vulva.
- Il trattamento è in relazione alle dimensioni del tumore ed all'interessamento metastatico dei linfonodi locoregionali (inguinali)
- Approccio più conservativo in considerazione sia delle complicanze (intra e postchirurgiche) che delle sequele (alterazione dell'immagine corporea, disfunzioni sessuali) legate all'intervento demolitivo.

# CA VULVA

## TERAPIA

- La vulvectomy e la linfadenectomia inguino-femorale eseguite attraverso incisioni separate (vantaggio nella guarigione della ferita, minore morbidità);
- rinuncia all'esecuzione della linfadenectomia pelvica (mancanza di metastasi linfonodali pelviche in assenza di quelle ai linfonodi inguino-femorali);
- rinuncia alla linfadenectomia inguino femorale bilaterali nelle lesioni piccole e laterali (assenza di metastasi controlaterali, in assenza di positività psilaterali);
- Non necessità della dissezione dei linfonodi inguino-femorali quando l'invasione stromale è  $\leq 1$  mm ;

# CA VULVA

## TERAPIA

- Non necessità della dissezione dei linfonodi inguino-femorali quando l'invasione stromale è  $\leq 1$  mm ;
- Escissione con una clearance di 1 cm nelle lesioni laterali unifocali di diametro  $\leq 2$  cm..
- Le lesioni più piccole possono essere trattate con una emivulvectomy o vulvectomy radicale parziale, che permettono di conservare i tessuti vulvari sani, specialmente nella zona del clitoride

# CA VULVA

## preparazione pre operatoria

- Tricotomia da eseguire facendo attenzione alle lesioni
- Profilassi antibiotica da proseguire sino alla 4<sup>a</sup> giornata
- Terapia gastroprotettiva
- CV

# POST OPERATORIO

- Terapia antibiotica (5 gg)
- Terapia antalgica programmata dall'anestesista, FANS al bisogno
- Medicazione ferita chirurgica
- Idratazione (ev. 0 giornata, poi per os.)
- alimentazione con dieta povera di scorie dalla 2<sup>a</sup> giornata

# POST OPERATORIO

- Mobilizzazione almeno 3 volte/die dalla 1° gta
- rimozione CV in 4° gta
- Dimissione tra la 6° e la 12° gta in relazione alla estensione della demolizione chirurgica, alla modalità di ricostruzione, alle condizioni locali
- Rimozione dei punti di sutura in 10° gta in regime ambulatoriale

# CA CERVICE

20

## □ FATTORI DI RISCHIO

- HPV è causa necessaria ma NON sufficiente → NB: HPV ritrovato nel 99,7% delle biopsie (è uno dei fattori eziologici che intervengono ma deve essere associato ad altro)
- Attività sessuale
- età al primo rapporto
- fumo
- E/P → rischio per forme adenocarcinomatose (RR 1,3 – 2,5)

# CA CERVICE - HPV

21

- Gli agenti infettanti sono stati classificati in base al loro potere oncogeno in tipi:
  - ▣ ad alto rischio (**16, 18, 45, 56**)
  - ▣ a rischio intermedio (31, 33, 35, 5,52)
  - ▣ a basso rischio (6, 11, 42, 43, 44)
- virus specie-specifico
- infetta epitelio e mucose, preferibilmente zona squamo-colonnare
- Incubazione: 1-6 mesi
- Ca invasivo : intorno ai 10 anni

# CA CERVICE

## sintomatologia

- Leucoxantorrea
- Ematuria
- Disuria
- Tenesmo
- Metrorragie
- Dolore lombare
- Dolore arti inferiori

# POST OPERATORIO CA CERVICE

- Terapia antibiotica (5 gg)
- Terapia antalgica programmata dall'anestesista, FANS al bisogno
- Idratazione ev fino a ricanalizzazione
- Rimozione Catetere Vescicale in 4<sup>a</sup> giornata, valutazione del ristagno vescicale ogni 4-6 ore in relazione alla minzione spontanea, eventuale addestramento all'autocateterismo
- Dimissione in giornata 5<sup>a</sup> o 6<sup>a</sup> giornata
- Chemioterapia o radioterapia

# CA OVAIO

- 6° ca. per frequenza nelle donne
- 1° causa di morte per tumore nelle donne
- Incidenza 15 x 100.000 donne

# CA OVAIO – FATTORI DI RISCHIO

25

- Et : picco incidenza 54 – 65 aa.
- Nulliparit 
- Infertilit 
- Anamnesi carcinoma mammella, endometrio, colon
- Familiarit 
- Razza bianca
- Utilizzo talco
- Dieta ricca di grassi

# CA OVAIO – FATTORI PROTETTIVI

26

- Multiparita'
- Estrogestinico
- Legature tube
- isterectomia

# CA OVAIO

- 75-80% dei casi la malattia viene diagnosticata in fase avanzata.
- SINTOMI ASPECIFICI:
  - Gonfiore addominale
  - Sazietà precoce
  - Dolori pelvici importanti
  - Difficoltà respiratoria
  - Alterazioni del ciclo mestruale
  - Disturbi urinari e intestinali (sub occlusione)
  - Perdita di peso

# CA OVAIO

---

- Impatto psicologico legato alla prognosi
- Dolore
- Necessità di cure palliative
- Paracentesi
- Toracentesi

# ASCITE

- E' un versamento di liquido sieroso nella cavità peritoneale:
- **ESSUDATO**: carcinosi peritoneale (ca. ovaio, ca. gastrico, ca.) colon
- **TRASUDATO**: ipertensione portale

# POST OPERATORIO

- Profilassi antibiotica
- Controllo ipovolemia
- Terapia antalgica
- Idratazione ev. sino alla ricanalizzazione intestinale
- Se omentectomia:
  - la canalizzazione avviene in tempi più lunghi
  - Terapia gastroprotettiva

# CA OVAIO - TERAPIA

31

- **Trattamento CA ovaio -> Standard al giorno d'oggi: chirurgia + chemioterapia (in particolare con Carboplatino+Paclitaxel)**

# POST INTERVENTO

- SE DEMOLITIVO:
  - Somministrazione NPT
  - Emotrasfusioni
  - Gestione SNG e drenaggi
  - Gestione eventuali stomie

# POST OPERATORIO

- NPT se necessario
- Mobilizzazione il prima possibile
- Igiene parziale stimolando l'autonomia
- Rimozione Catetere Vescicale alla ricanalizzazione (2<sup>a</sup> - 3<sup>a</sup> giornata salvo diversa indicazione)
- Idratazione per os
- Dieta iperproteica
- Purga salina (5<sup>a</sup> giornata)

# PROGNOSI - CA OVAIO

- Prospettive di sopravvivenza stadi iniziali a 5 anni 85-90% (rapporto annuale FIGO 2001)
- Prospettive di sopravvivenza stadi avanzati a 5 anni 50-30% (rapporto annuale FIGO 2001)
- Iter terapeutico molto lungo:
  - ❑ Intervento elettivo (se possibile)
  - ❑ Chemioterapia adiuvante (o neoadiuvante)
  - ❑ Laparotomia/scopia di ristadiazione tumorale (2° look)
  - ❑ Chemioterapia di consolidamento
  - ❑ 3° look laparotomico/scopico

# CA ENDOMETRIO

35

- Fattori di rischio
  - ▣ ipertensione
  - ▣ obesità
  - ▣ diabete
  - ▣ presenza cicli anovulatori
  - ▣ terapia ormonale sostitutiva non bilanciata
  - ▣ tumore secernente estrogeni (es. tumore ovarico delle cellule della granulosa)
  - ▣ sindrome di Lynch ( associazione k colon-endometrio-mammella)

# CA ENDOMETRIO

36

- Fattori protettivi
  - Allattamento
  - fumo → ovaio funziona meno: ridotta sintesi di estrogeni + insorgenza menopausa precoce
  - E/P

# CA ENDOMETRIO

- SINTOMATOLOGIA:
  - Dolori pelvici
  - Perdite vaginali ematiche (metrorragia)
  - Alterazioni del ciclo mestruale
- TERAPIA:
  - ADENOCARCINOMA:
    - LIAB o CIAB: se diagnosi precoce
    - ISTERECTOMIA RADICALE: se diagnosi tardiva

# PRE OPERATORIO

- Informare la paziente sulla natura della malattia, il tipo di intervento, il decorso post-operatorio, in collaborazione con i sanitari.
- Alimentazione: la sera prima dell'intervento pasto leggero; digiuno per almeno 6-7 ore prima dell'inizio dell'intervento
- la metà inferiore dell'addome e la regione pubica vengono accuratamente rasate
- Preparazione intestinale il giorno prima dell'intervento
- Catetere vescicale a permanenza la mattina dell'intervento

# POST OPERATORIO

- Profilassi antibiotica
- Terapia antalgica
- Idratazione ev. sino alla ricanalizzazione intestinale
- Dieta leggera a ricanalizzazione avvenuta
- Rimozione Catetere Vescicale alla ricanalizzazione (2<sup>a</sup> - 3<sup>a</sup> giornata)

# CHEMIOTERAPIA

40

- Consiste nell'impiego di agenti antineoplastici
- Può essere associata alla chirurgia ed alla radioterapia
  - ▣ **Neoadiuvante:** in fase preoperatoria per ridurre le dimensioni del tumore
  - ▣ **Adiuvante:** in fase postoperatoria per distruggere le cellule tumorali residue

# CHEMIOTERAPIA

41

- Durante la somministrazione la pz. deve essere tenuta sotto stretta osservazione
  - ▣ Rischio stravasamento del farmaco
  - ▣ Reazioni allergiche

# CHEMIOTERAPIA

42

- La paziente ha il diritto di conoscere quali siano gli effetti collaterali dei farmaci e cosa si possa fare per prevenirli e ridurli
- È necessario rassicurare la paziente, possibilmente dando informazioni semplici e chiare, meglio ancora se per iscritto, su come gestire gli effetti collaterali (attraverso la DIETA, i FARMACI, lo STILE DI VITA).

# CHEMIOTERAPIA

43

- I farmaci antitumorali possono essere somministrati con diverse modalità:
  - ▣ somministrazione orale,
  - ▣ iniezione intramuscolare,
  - ▣ infusione endovenosa

# ACCESSI VENOSI

Ostetrica Dott.ssa Liliana Di Nicolantonio

# ACCESSI VENOSI

45

- l'uso dei dispositivi intravascolari è una pratica importante e comune in ospedale ed è realizzata al fine **di infondere liquidi, soluzioni nutritive, farmaci, sangue e suoi derivati** e per **monitorare la situazione emodinamica** delle persone ricoverate.
- L'utilizzo di tali dispositivi può però comportare eventi infettivi sia locali che sistemici.

# GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI

46

- TIPI DI ACCESSI VENOSI:
  - ▣ Sistema venoso periferico (CVP)
  - ▣ Sistema venoso centrale (CVC)
    - Catetere venoso centrale
    - Sistema totalmente impiantabile (Port-a-cath)

# SISTEMA VENOSO PERIFERICO

47

- La sede migliore per l'infusione è l'avambraccio: in questa zona, in caso di stravaso, è minore il pericolo di danno funzionale in seguito a lesioni di nervi e tendini.
- Sedi preferenziali in ordine:
  - ▣ Avambraccio
  - ▣ Dorso della mano
  - ▣ Polso (doloroso)
  - ▣ Fossa antecubitale
  - ▣ Giugulare esterna

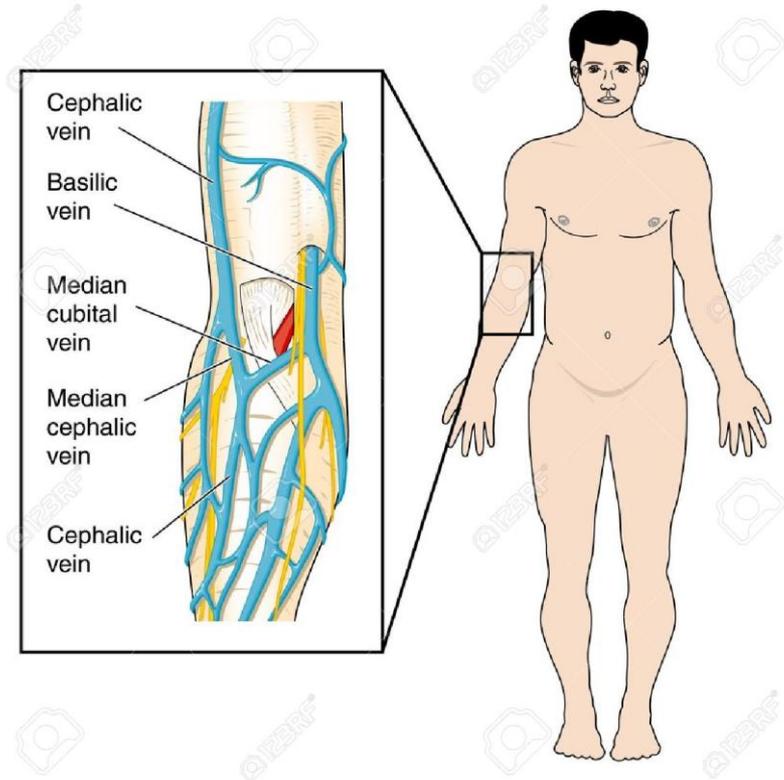
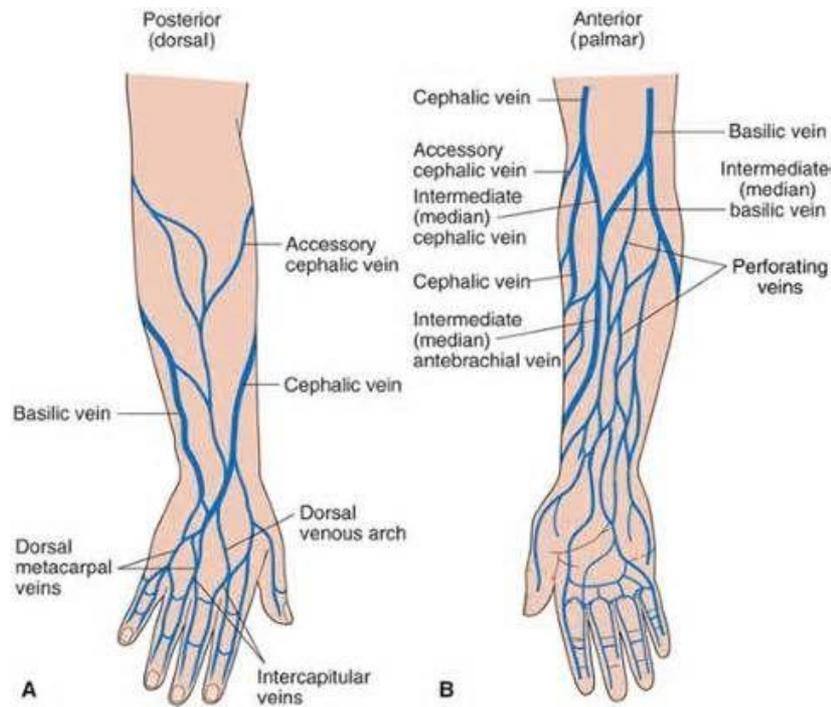
# SISTEMA VENOSO PERIFERICO

48

- Per ridurre al minimo il trauma al paziente usare, quando è possibile, l'ago di minor calibro.
- Usare l'ago cannula.
- Evitare il butterfly
- RIMUOVERE L'AGO DOPO 72 ORE

# ACCESSI VENOSI PERIFERICI

49



# MODALITA' DI MEDICAZIONE SITO INSERZIONE CVP

50

- Utilizzare garze sterili o medicazioni sterili trasparenti e semipermeabili per coprire il sito di inserzione del catetere (Categoria IA).
- Sostituire la medicazione se essa diviene umida, visibilmente contaminata o se si stacca (Categoria IB).

# MODALITA' DI MEDICAZIONE SITO INSERZIONE CVP

51

- Non esporre il catetere all'acqua:
  - ▣ Le cure igieniche sono consentite solo se possono essere adottate tutte le precauzioni per ridurre la probabilità di introdurre microrganismi all'interno del catetere (ad esempio se il catetere ed il dispositivo di connessione al circuito sono protetti da una pellicola impermeabile) (Categoria II).

# SOSTITUZIONE CVP

52

- **Quotidianamente** valutare il sito di inserzione del CVP, mediante la palpazione attraverso la medicazione per individuare dolenzia ed attraverso l'ispezione, se è posizionata una medicazione trasparente.
- Le garze e le medicazioni non trasparenti **non devono essere rimosse** se il paziente non presenta segni clinici di infezione.

# SOSTITUZIONE CVP

53

- Se a livello locale il paziente ha **dolore o altri segni di setticemia** correlata ai dispositivi intravascolari, **occorre rimuovere la medicazione non trasparente** per consentire l'ispezione del sito di inserzione (Categoria II).
- **Rimuovere il CVP** se il paziente sviluppa **segni di flebite** (es. calore, dolore, eritema, consistenza della vena simile ad un cordone), infezione o malfunzionamento del CVP (Categoria IB).

# SOSTITUZIONE CVP

- Negli adulti **riposizionare i CVP** almeno ogni **72-96 ore** per ridurre il rischio di flebiti (Categoria IB).
- Se i siti di accesso venoso sono limitati e non sono presenti segni oggettivi di flebite, il CVP **può essere lasciato per un periodo più lungo**, ma il paziente ed il sito di inserzione devono essere strettamente monitorati (Categoria IB).
- **Rimuovere** immediatamente il dispositivo se **non è più necessario** (Categoria IA).

## CURA DEL SITO DI INSERZIONE DEL CATETERE: ANTISEPSI DELLA CUTE

55

- Disinfettare la cute pulita, con un antisettico appropriato prima di inserire il catetere e durante la sostituzione delle medicazioni. Anche se è preferibile una soluzione di Clorexidinia al 2%, possono essere utilizzati anche iodofori o disinfettanti con Alcool al 70% (Categoria IA).

## CURA DEL SITO DI INSERZIONE DEL CATETERE: ANTISEPSI DELLA CUTE

56

- Fare in modo che l'antisettico rimanga sul punto di inserzione e che si asciughi all'aria prima del posizionamento del catetere.
- Lasciare lo iodio povidone sulla cute per almeno 2 minuti, o più a lungo se non si è ancora asciugato, prima dell'inserzione del catetere (Categoria IB)
- Non applicare in modo routinario antibiotici topici a scopo profilattico nel sito di inserzione del catetere (Categoria IA).

# SISTEMA VENOSO CENTRALE

57

- **Catetere venoso centrale:** è un catetere di varia lunghezza e struttura;
- viene introdotto attraverso una vena accessibile dalla superficie esterna del corpo e fatto avanzare nel letto venoso fino a raggiungere una delle grosse vene in prossimità del cuore:
  - VENA GIUGULARE
  - TRONCO BRACHIO CEFALICO

# SISTEMA VENOSO CENTRALE

58

- VIE DI ACCESSO:
  - ▣ vena giugulare interna destra o sinistra,
  - ▣ vena succlavia destra o sinistra,
  - ▣ vena femorale destra o sinistra.
- Il posizionamento del catetere venoso centrale è necessario nel paziente per il quale l'accesso venoso periferico sia estremamente difficoltoso
- L'impianto deve essere **effettuato prima dell'inizio della terapia antitumorale**

# SISTEMA VENOSO CENTRALE

59

- Rende la terapia meno traumatica per il paziente e meno stressante per il personale
- Deve essere rimosso dopo un massimo di 20 giorni.

## POSIZIONAMENTO: PROCEDURA

- Informare la persona
- Posizione comoda, allontanare indumenti o oggetti
- Lavaggio antisettico delle mani
- Preparazione degli operatori
- Predisporre il materiale
- Disinfezione della cute
- Eventuale anestesia locale
- Al termine infondere infusione lenta (Soluz. Salina di mantenimento)
- Fissare con punti di sutura
- Disinfezione sede di inserzione
- Medicazione
- Possibile rilievo PVC
- Smaltimento e riordino materiale e ambiente
- Registrazione procedura
- Attendere esecuzione RX torace

## GESTIONE C.V.C.

- OSSERVAZIONE: giornaliera
- UTILIZZO: una o due vie
- MEDICAZIONE: ogni 48-72 ore o se segni di infezione, caratteristiche medicazione
- LINEE INFUSIONE: se NPT, lipidi, sangue ed emoderivati ogni 24 ore, altrimenti 72 ore
- SOLUZIONE DISINFETTANTE: iodopovidone 10%, clorexidina in acqua 2%, alcool 70%
- SOSPETTO DI INFEZIONE: tampone colturale, coltura della punta del C.V.C., emocolture da C.V.C. ed in parallelo da vena periferica

## MEDICAZIONE

- MATERIALE: mascherine, cuffie, telo sterile, garze sterili, ferri sterili, disinfettante, occorrente per medicazione, guanti sterili e non sterili
- PROCEDURA:
  - Informare la persona assistita, cuffia, posizione ottimale
  - Lavaggio delle mani con antisettico
  - Indossare i guanti, rimuovere la medicazione
  - Valutare la sede di inserzione (prelievo colturale)
  - Indossare guanti sterili
  - Disinfettare la sede
  - Medicare
  - Riordinare il materiale
  - Registrare la procedura eventuale comunicazione

## PRELIEVO VENOSO DA C.V.C.

- MATERIALE:
- guanti
- garze sterili
- disinfettante
- tappo luer lock perforabile
- siringa con fisiologica e con soluzione eparinata, provette
- camicia e adattatore Vacutainer
- aghi da insulina
- occorrente per smaltire il materiale

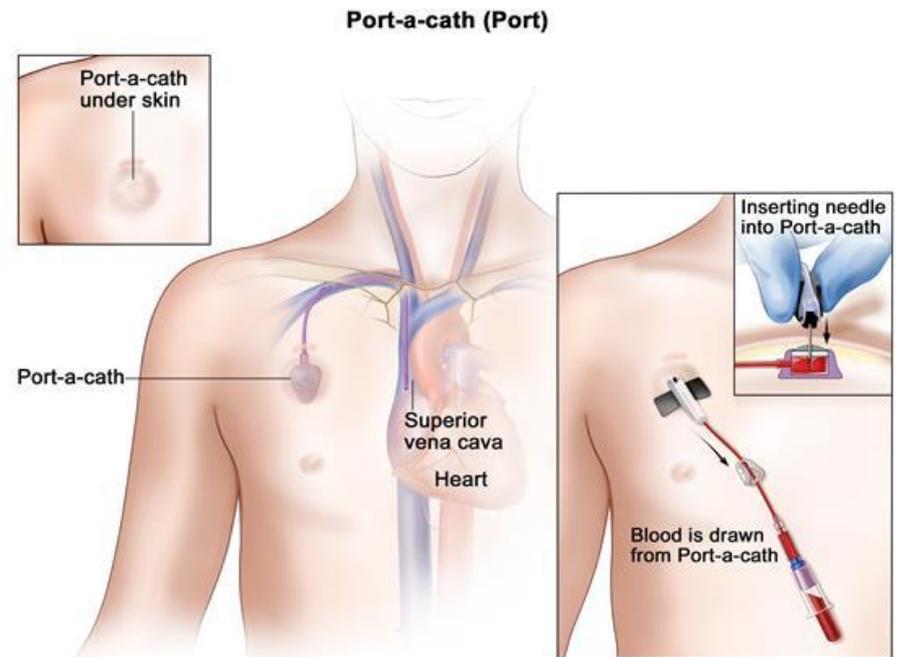
# PRELIEVO VENOSO DA C.V.C.: PROCEDURA

- Informare la persona, decubito ottimale
- Predisporre il materiale
- Lavaggio antisettico delle mani, indossare i guanti
- Verificare che il morsetto chiuda il sistema
- Avvolgere la parte terminale del CVC con garze imbevute di disinfettante
- Rimuovere il tappo di chiusura
- Raccordare il sistema Vacutainer
- Aprire il morsetto, riempire una provetta da siero, ed eliminarla e procedere al prelievo dei campioni prescritti
- Chiudere il sistema, eliminare il Vacutainer, raccordare la siringa, aprire il morsetto, lavare con fisiologica, chiudere il morsetto, posizionare il tappo perforabile, pungere con la siringa con la soluzione eparinata, aprire il morsetto, lavare con soluzione eparinata, chiudere il morsetto

# PORT-A-CATH

65

- Sistema totalmente impiantabile: è un accesso di infusione venoso totalmente isolato dall'ambiente esterno
- E' impiantato in una tasca sottocutanea



© 2015 Terese Winslow LLC  
U.S. Govt. has certain rights

# PORT-A-CATH

66

- è costituito da una capsula “port” di materiale plastico o al titanio
- è dotato di una membrana centrale detta “setto” attraverso la quale si effettuano le infusioni e i prelievi
- è collegato ad un catetere inserito in una vena centrale,
- è impiantato con procedura chirurgica,
- è collocato preferibilmente nella parte superiore del torace,
- la tasca viene posta nel sottocute del torace del paziente
- si accede al sistema attraverso l'inserimento nella camera del port di un apposito ago (gripper).

# POSIZIONAMENTO PORT-A-CATH

- Esami pre-operatori
- Colazione leggera
- Premedicazione
- Profilassi ATB
- Preparazione pre-op
- Regime DH
- S.O. (chirurgo, anestesista), rilevare Parametri vitali ed RX torace
- Post-op: controllo del dolore e possibili complicanze

# GESTIONE PORT-A-CAT

68

- manovre in sterilità durante la fase del posizionamento, così come nella gestione in seguito
- il punto d'introduzione deve essere regolarmente disinfettato, per evitare le infezioni batteriche
- la medicazione deve essere cambiata ogni 48 ore in asepsi chirurgica

# PRELIEVO VENOSO DA PORT-A-CATH

- MATERIALE:
  - Telo sterile
  - Guanti e garze sterili
  - Ago Gripper o Huber
  - Disinfettante
  - Occorrente per medicazione
  - Provette
  - Siringhe da 20 ml con soluzione fisiologia e soluzione eparinata
  - Occorrente per smaltire il materiale

# PROCEDURA PRELIEVO

70

- Informare la persona, decubito ottimale
- Lavaggio antisettico delle mani
- Indossare i guanti sterili, predisporre il materiale
- Disinfettare la cute ed eseguire l'impacco
- Lasciare asciugare la cute
- Mantenere ferma la camera con due dita, pungere perpendicolarmente con l'apposito ago fino a toccare il fondo della camera

# PROCEDURA PRELIEVO

71

- Applicare il sistema Vacutainer
- Aprire il sistema di chiusura (Gripper)
- Riempire una provetta da siero ed eliminarla,
- procedere al prelievo dei campioni prescritti,
- chiudere il catetere,
- eliminare Vacutainer,
- raccordare la siringa con fisiologica, aprire, lavare con 20 ml di fisiologica,
- chiudere, raccordare soluzione eparinata ed iniettarne 10 ml,
- chiudere, rimuovere l'ago mantenendo ferma la camera,
- effettuare una compressione del sito d'inserzione,
- medicare

# PORTH-A-CATH

72

- Se necessario effettuare dei prelievi sospendere eventuali infusioni in corso
- Possibile effettuare prelievi per emocolture
- Possibile somministrare farmaci, NPT o emotrasfusioni
- Possibile controllo PVC

# PRIMA DI INIZIARE LA TERAPIA

73

- accertarsi che il catetere sia pervio, aspirando 5 cc di sangue
- iniettare soluzione fisiologica per il lavaggio della via del catetere,
- al termine dell'infusione della terapia effettuare il lavaggio con 20 cc di soluzione fisiologica
- eparinare la via iniettando 3 cc di soluzione eparinata, usando 4,5 cc di soluzione fisiologica + 0,5 di eparina (pari a 2500 U.I.).

## SOSTITUZIONE DEI SETS INFUSIONALI, DISPOSITIVI SENZA AGO E LE SOLUZIONI INFUSIONALI

74

- Sostituire il set infusionale, compresi i dispositivi secondari ad intervalli non inferiori a **72 ore**, a meno che non sia sospettata e documentata una infezione correlata al catetere (Categoria IA).
- Sostituire i circuiti utilizzati per **somministrare sangue, emoderivati o emulsioni lipidiche entro 24 ore** dall'inizio dell'infusione (Categoria IB).
- Se la soluzione contiene solo destrosio e aminoacidi, il set non deve essere sostituito prima che siano trascorse **72 ore** (Categoria II).

## SOSTITUZIONE DEI SETS INFUSIONALI, DISPOSITIVI SENZA AGO E LE SOLUZIONI INFUSIONALI

75

- Sostituire i componenti senza ago almeno ogni volta che si sostituiscono i set infusionali (Categoria II).
- Sostituire i tappi ad intervalli non inferiori a **72 ore**, secondo quanto raccomandato dalla casa di fabbricazione (Categoria II).
- Ridurre il rischio di contaminazione pulendo la via di accesso con un appropriato antisettico e accedendo ad essa solo con dispositivi sterili (Categoria IB).

## SOSTITUZIONE DEI SETS INFUSIONALI, DISPOSITIVI SENZA AGO E LE SOLUZIONI INFUSIONALI

76

- Infondere le soluzioni contenenti **lipidi** entro 24 ore da quando si è appesa la sacca che le contiene (Categoria IB)
- Completare l'infusione di emulsioni lipidiche entro 12 ore dal momento in cui si è appesa l'emulsione. Se il volume è tale da dovere essere infuso in 24 ore, l'infusione deve essere completata entro tale termine (Categoria IB).
- Completare le **infusioni di sangue** o di altri emoderivati **entro 4 ore** da quando si è appesa la sacca di sangue (Categoria II).

# STRAVASO VENOSO

77

- Uno dei maggiori pericoli legati alla terapia per infusione endovenosa è lo STRAVASO VENOSO del medicamento, in quanto può provocare complicanze quali:
  - ▣ GRAVE FLEBITE CHIMICA,
  - ▣ IRRITAZIONE LOCALE
  - ▣ INFIAMMAZIONE DEI TESSUTI CIRCOSTANTI FINO ALL'ULCERAZIONE ED ALLA NECROSI.

# STRAVASO VENOSO

78

- Nel caso in cui si verifichi la fuoriuscita di un farmaco con elevato potere irritante locale occorre agire tempestivamente, innanzitutto **sospendendo l'infusione endovenosa**
- lasciare in situ l'ago o il catetere venoso attraverso il quale si somministreranno 5 cc di **sodio bicarbonato** seguito da 100 mg di idrocortisone.
- applicare per almeno 24 ore una **borsa di ghiaccio** sulla zona interessata
- somministrare **farmaci analgesici** ed antinfiammatori per via locale e sistemica, quando siano richiesti dalla sintomatologia dolorosa o dalla limitazione funzionale

# EFFETTI COLLATERALI CHEMIOTERAPIA

79

- **DERMATITE:**
  - Prevenire lesioni da grattamento somministrando anti-istaminici e favorendo il sonno notturno
- **ALOPECIA:**
  - Aiutare psicologicamente la Paziente, avvertendola che la caduta dei capelli è temporanea e che coinvolge anche altre sedi pilifere come il pube, le ascelle, le ciglia e sopracciglia.
  - Consigliare l'impiego di parrucche o foulard

# EFFETTI COLLATERALI CHEMIOTERAPIA

80

- **MANIFESTAZIONI EMORRAGICHE:**
  - Ricercare e segnalare tempestivamente i segni cutanei, come petecchie o ecchimosi, da alterata coagulazione
- **ALTERAZIONI OLFATTIVE:**
  - Avvertire la Paziente di queste eventualità. Consultare l'esperto dietologo per apportare le opportune modifiche al regime alimentare della Paziente dal punto di vista nutrizionale

# EFFETTI COLLATERALI CHEMIOTERAPIA

81

- STOMATITE:
  - Istruire la Paziente sull'importanza di una corretta igiene del cavo orale durante la chemioterapia.
  - Controllare spesso lo stato delle mucose della bocca.
  - Suggestire alla paziente di evitare cibi piccanti, troppo caldi o troppo freddi.
  - Somministrare analgesici per via topica o antibiotici per via sistemica qualora sia necessario

# EFFETTI COLLATERALI CHEMIOTERAPIA

82

- **NAUSEA E VOMITO:**
  - Somministrare farmaci antiemetici, indicativamente prima della chemioterapia.
  - Ridurre al minimo gli stimoli esterni che possono indurre il vomito.
  - Far mantenere alla Paziente durante l'attacco emetico una posizione corretta per evitare fenomeni di aspirazione del materiale espulso.
  - Suggestire alla Paziente di contenere la nausea dando la preferenza a cibi secchi e non irritanti e consumando pasti piccoli e frequenti.

# EFFETTI COLLATERALI CHEMIOTERAPIA

83

- DIARREA:
  - Curare attentamente la regione anale effettuando lavaggi con sapone neutro ed impiegando lenimenti locali.
  - Controllare che l'idratazione sia adeguata e che l'alimentazione contenga poche scorie
  - Somministrare farmaci antidiarroici e mantenere il bilancio elettrolitico nella normalità.

# EFFETTI COLLATERALI CHEMIOTERAPIA

84

- STIPSI:
  - ▣ Impiegare lassativi a scopo precauzionale quando la chemioterapia comprenda farmaci che agiscono sulla motilità intestinale
  - ▣ Assicurarsi che l'idratazione della Paziente sia sufficiente e che l'alimentazione contenga una quantità adeguata di scorie.

# EFFETTI COLLATERALI CHEMIOTERAPIA

85

- LEUCOPENIA:
  - ▣ Ricercare accuratamente i segni di infezione o infiammazione.
  - ▣ Misurare frequentemente la temperatura corporea.
  - ▣ Ridurre i rischi di infezione limitando le visite dei familiari se la Paziente è ospedalizzata, consigliando di evitare gli ambienti affollati se la Paziente viene seguita a domicilio.
  - ▣ Favorire l'igiene personale.
  - ▣ Somministrare antibiotici a scopo preventivo e praticare, qualora necessario, trasfusioni granulocitarie.
  - ▣ Isolare il Paziente in ambiente sterile se la leucopenia è grave e persistente.

# EFFETTI COLLATERALI CHEMIOTERAPIA

86

- **PIASTRINOPENIA:**
  - ▣ Ricercare attentamente i segni di emorragia ed evitare l'uso contemporaneo di farmaci che agiscono sulla coagulazione
  - ▣ insegnare alla Paziente ad evitare piccoli traumi e ferite.
  - ▣ Evitare l'utilizzo di terapia intramuscolare e sottocutanea, privilegiando l'utilizzo di catetere venoso centrale o periferico.
  - ▣ Verificare con attenzione la sede di esami invasivi, come la biopsia osteomidollare.
  - ▣ Somministrare concentrati piastrinici e controllare la funzionalità del sistema coagulativo nel suo complesso

# EFFETTI COLLATERALI CHEMIOTERAPIA

87

- **PIASTRINOPENIA:**
  - ▣ Ricercare attentamente i **segni di emorragia** ed evitare l'uso contemporaneo di farmaci che agiscono sulla coagulazione
  - ▣ insegnare alla Paziente ad **evitare piccoli traumi e ferite.**
  - ▣ **Evitare l'utilizzo di terapia intramuscolare e sottocutanea**, privilegiando l'utilizzo di catetere venoso centrale o periferico.
  - ▣ Verificare con attenzione la sede di esami invasivi, come la biopsia osteomidollare.
  - ▣ Somministrare concentrati piastrinici e controllare la funzionalità del sistema coagulativo nel suo complesso

# PVC

88

- E' la pressione del sangue nella **vena cava superiore**
- Riflette la pressione di ritorno del sangue **nell'atrio destro**
- Normalmente oscilla tra i **5 – 12 cm. H2O**
- Una PVC elevata è indice di **sovraccarico circolatorio**
- Una PVC ridotta è indice di ipovolemia

# PVC - occorrente

89

- Guanti monouso
- Sostegno per infusione
- Raccordo
- Prolunga
- Set di misurazione PVC
- Flebo di souzione fisiologica
- Matita dermatografica

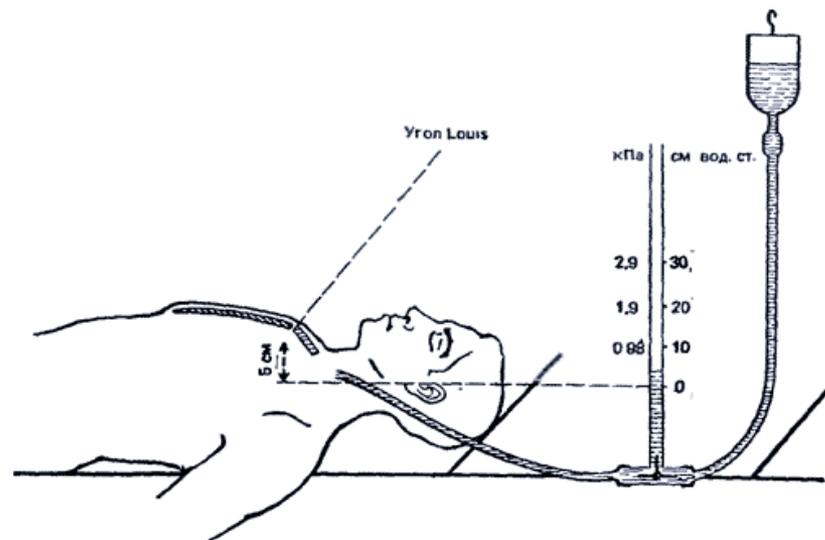
# PVC - preparazione

90

- Lavarsi le mani
- Informare il pz. circa la procedura
- Posizionare il deflussore del set PVC alla flebo di soluzione fisiologica
- Far aderire il deflussore del set all'asta graduata per la misurazione
- Posizionare l'asta graduata sul sostegno per infusione
- Lasciar fuoriuscire l'aria dal deflussore
- Collegare il set con un lume del CVC
- Far defluire la sol. Fis. dal deflussore che aderisce all'asta graduata

# PVC

91



# MISURAZIONE

92

- Posizionare il pz. supino
- Reperire l'esatta posizione dell'atrio dx. (intersezione della linea ascellare media con il quarto spazio intercostale)
- Segnarlo con la matita dermatografica
- Posizionare il punto zero dell'asta graduata con il punto di reperi
- Ruotare il rubinetto in modo da collegare il pz. con la parte di deflussore che aderisce all'asta graduata

# MISURAZIONE

93

- Attendere il defluire della sol. Fis. Fino a che si stabilizza su di un valore
- Far fare una inspirazione forzata ed attendere nuovamente che l'oscillazione della soluzione fis. lungo la parte di deflussore che aderisce all'asta graduata si fermi
- Annotare il valore rilevato

## TRASFUSIONE di EMOCOMPONENTI

- **MATERIALE:**
  - Aghi di calibro adeguato (G18)
  - Deflussori con apposito filtro
  - Unità da infondere
  - Asta reggiflebo
  - Materiale per la rilevazione dei Parametri Vitali
  - Modulistica
- **CONDIZIONI RICHIESTE:**
  - Disponibilità di unità
  - Prove di compatibilità
  - Primo controllo e adeguata conservazione in reparto
  - Digiuno
  - Non introdurre farmaci nell'unità
  - Non terapie infusionali contemporanee (nella stessa via)

## TECNICA EMOTRASFUSIONE

- Verificare la condizione di digiuno
- anticipo di eventuali terapie
- Parametri Vitali
- Effettuare gli specifici controlli della sacca
- Preparare l'unità (temperatura, deflussore, miscela)
- Verificare identità della persona
- Effettuare la venipuntura
- Iniziare infusione: stretta sorveglianza per i primi 15'
- Regolare il flusso d'infusione
- Durata infusione
- Adeguata registrazione e comunicazione al Servizio Immunotrasfusionale

## PARTICOLARITA'

- Sintomi di: cefalea, vomito, nausea, lieve tachicardia e tachipnea possono essere nella norma
- Se si trasfondono G.R. concentrati o se vi è rischio di occlusione dell'accesso venoso si può infondere in parallelo della soluzione di fisiologica
- Al termine della trasfusione si dovrebbe mantenere il digiuno per almeno 1 ora e comunque la dieta successivamente somministrata sarà leggera

## POSSIBILI REAZIONI POST-TRASFUSIONALI

REAZIONI EMOLITICHE INTRAVASALI: incompatibilità Gruppo ABO o scorretta conservazione delle unità:

- **Sintomi:** ansia, agitazione, nausea e vomito importanti, sensazione di calore lungo il decorso della vena, dolore lombare e toracico, rialzo termico e brividi, può seguire dispnea, cianosi, ipotensione, cefalea imponente, interessamento renale (ematuria, oliguria, anuria)
- **Intervento:** ai primi sintomi **sospendere l'emotrasfusione**, mantenere l'accesso venoso pervio con infusione di fisiologica, avvisare il medico, monitorare i P.V. e diuresi, eventuale O<sub>2</sub> terapia a basso flusso, preparare per eventuali terapie

## POSSIBILI REAZIONI POST-TRASFUSIONALI

### REAZIONI EMOLITICHE EXTRAVASALI:

fattore Rh, l'emolisi è tardiva e limitata

- **Sintomi:** compaiono dopo 4-5 giorni e sono ittero, prurito generalizzato, aumento della bilirubina, sensazione di malessere generalizzato, iperpiressia
- **Intervento:** non è una situazione d'urgenza, bisogna evidenziare i sintomi e segni, comunicarlo al medico e al Centro Immunotrasfusionale, eventuali prelievi, attenzione per le successive emotrasfusioni

## POSSIBILI REAZIONI POST-TRASFUSIONALI

### REAZIONE ALLERGICA:

1%, lieve o grave fino allo shock anafilattico.

- **Sintomi:** prurito generalizzato, leggera dispnea che può aggravarsi fino all'edema della glottide ed arresto respiratorio
- **Intervento:** alla comparsa dei primi sintomi rallentare la velocità d'infusione, avvisare il medico, se la dispnea è importante si sospende la trasfusione mantenendo pervio l'accesso venoso, predisporre il carrello dell'urgenza, monitorare P.V.

## POSSIBILI REAZIONI POST-TRASFUSIONALI

### REAZIONI O COMPLICANZE BATTERICHE:

- **Sintomi:** compaiono entro circa 30' e sono cute arrossata, iperpiressia, cefalea intensa, sintomi generali
- **Intervento:** sospendere l'emotrasfusione, mantenere pervio l'accesso venoso, avvisare il medico, monitorare P.V., predisporre per emocolture, trattenere la sacca ed eventuale invio al Centro Immunotrasfusionale

# ALTRE COMPLICANZE

101

- SOVRACCARICO CIRCOLATORIO
- ALTERAZIONE DEI FATTORI DI COAGULAZIONE
- IPERPOTASSIEMIA
- MALATTIE INFETTIVE
- EMBOLIA GASSOSA