INDICE

1. INTRODUZIONE 2
2. OBIETTIVO E SCOPO 3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE 3
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI 3
5. RESPONSABILITÀ 3
5.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 3
6. DIAGRAMMA DI FLUSSO 4
7. MODALITÀ OPERATIVE 5
8. INDICATORI 6
9. REVISIONE 6
10. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE 6

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO Coordinatore G.d.L	VERIFICA FORMALE DirettoreUOSD RiskManagement e Qualità	APPROVATO Direttore Sanitario Aziendale
Rev.0	06/06/2016	GdL	Dott. F.Musto	Dott.ssa M.Serva	Dott.ssa M. Colombo

Gruppo di Lavoro

Coordinatore: Dott. F. Musto Dirigente Medico UOC Anestesia e Rianimazione
Dott.ssa M.G Morandi Responsabile UOC Oncologia Medica
Dott. P.M. Fioravanti Dirigente Medico UOC Chirurgia Vascolare
Dott. F. Mancini Responsabile UOC Pronto Soccorso

1. INTRODUZIONE

Il Port-a-cath è un dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
Il Port è costituito da due componenti essenziali che sono:

- un catetere in silicone, posizionato all'interno di una vena di grosso calibro (vena centrale), solitamente la giugulare interna o la succlavia
- una camera di iniezione di circa 2 cm di diametro, connessa allo stesso catetere, che viene alloggiata in una tasca sottocutanea ricavata chirurgicamente in regione pettorale, poco al di sotto della clavicola.

Le Possibili Complicanze legate all'utilizzo del dispositivo vanno suddivise fra quelle legate all'incannulamento di una vena centrale (quindi comuni sia all'impianto di un port-a-cath che al posizionamento di un CVC esterno) e quelle che dipendono dal confezionamento della tasca sottocutanea per allocare il port. Le prime possono insorgere in qualsiasi momento, sia durante l'intervento o a breve distanza di tempo.
Le più comuni sono:

- emorragie più o meno importanti per la lacerazione del vaso da incannulare (più probabili con la vena Giugulare Esterna) o dell'arteria vicina;
- lesioni di strutture nervose o del dotto linfatico (se si opera sui vasi dell'emitorace sinistro);
- alterazioni cardiache, come una lieve aritmia dovuta alla guida metallica o al catetere che vengono spinti fino al cuore;
- malposizionamento del catetere;
- embolia gassosa;
- emotorace;
- pneumotorace.

Altre possibili complicanze ad insorgenza tardiva sono:

- infezione od ostruzione del catetere (da evitare con una corretta gestione del sistema);
- inginocchiamento o frattura del catetere all'interno della vena;
- perforazione cardiaca;
- trombosi venosa e tromboflebiti (legate alla presenza del catetere): si manifestano dapprima con lieve gonfiore al braccio e solo in un secondo momento con dolore, edema a monte del trombo e febbre.

Tra le complicanze legate al port possiamo ritrovare:

- infezione della tasca;
- erosione o necrosi della cute soprastante il dispositivo e la sua esteriorizzazione; distacco del catetere dal port;
- stravaso di farmaci;
- capovolgimento del port nella tasca sottocutanea.
-

2. OBIETTIVO E SCOPO

Obiettivo della seguente procedura è definire la modalità operative da adottare per la gestione dei pazienti interni ed esterni nei quali si rileva la rottura del porta-a-cath.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

la procedura si applica alle seguenti UU.OO:

- UOC Anestesia e Rianimazione- Terapia Antalgica;
- DH Oncologico
- Chirurgia vascolare
- Pronto Soccorso

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- **Port-a cath**: Il Port è un catetere tunnellizzato costituito da un dispositivo di forma cilindrica (reservoir) contenuto in una tasca sottocutanea, che poggia su una base circolare piatta. Dopo il posizionamento, all'osservazione esterna, il Port si presenta come una piccola zona leggermente elevata sul piano cutaneo.
- **CVC**: Catetere Venoso Centrale

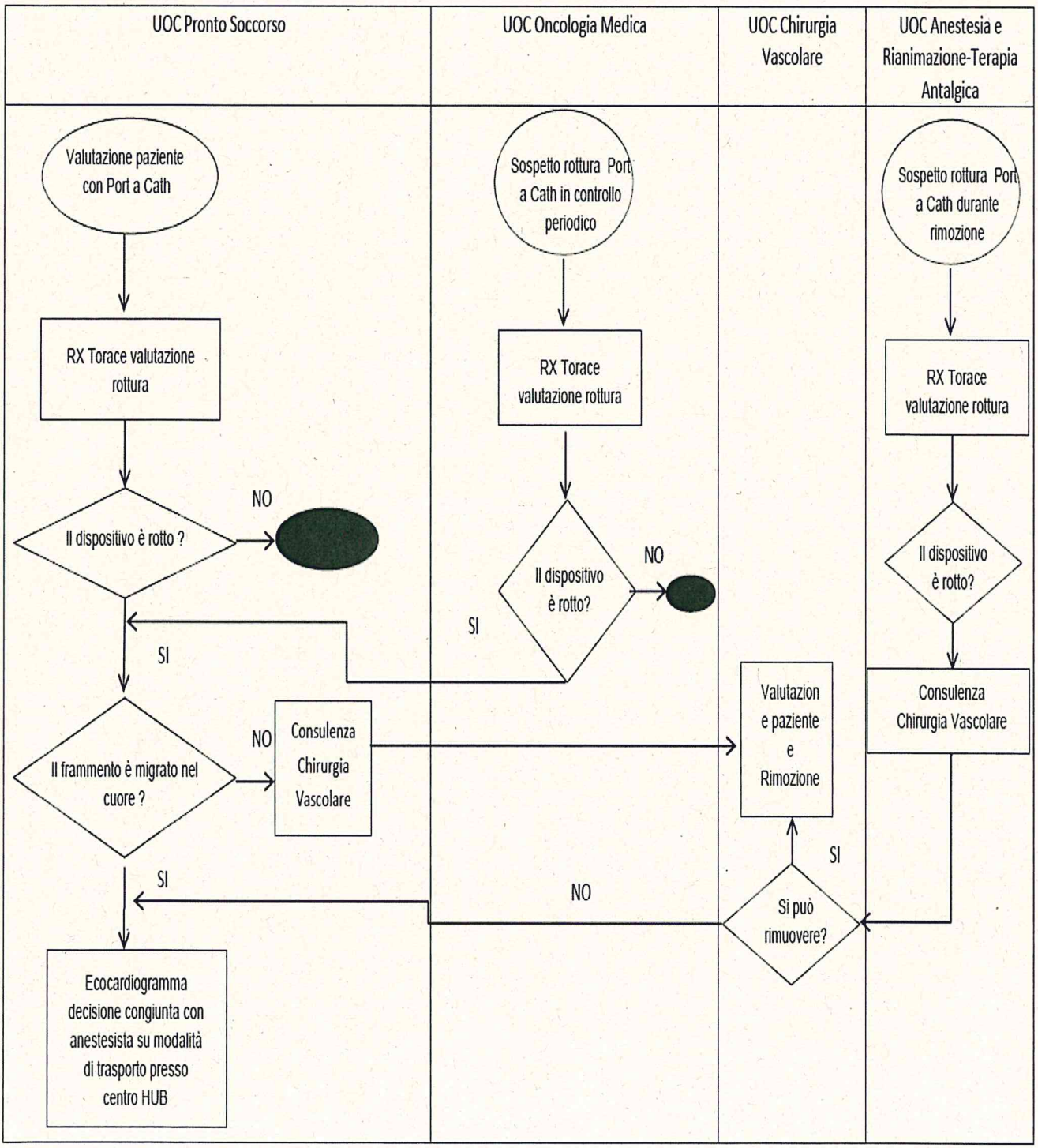
5. RESPONSABILITÀ

5.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Fasi / Funzione	Infermiere Triage	Infermiere/ Medico DH Oncologico	Medico PS	Medico Anestesista	Chirurgo Vascolare	Gruppo di Lavoro
Valutazione del rischio rottura port a cath in triage	R					
Valutazione del rischio rottura port a cath in DH Oncologico		R				
Valutazione del rischio rottura port a cath ambulatorio				R		
Esecuzione RX per conferma e valutazione posizione frammento in PS consulenza Chirurgia Vascolare			R			
Esecuzione RX per conferma e valutazione posizione frammento in DH oncologico consulenza Chirurgia Vascolare		R				
Esecuzione RX per conferma e valutazione posizione frammento in ambulatorio e attivazione consulenza Chirurgia Vascolare				R		
Decisione sulle modalità di trasferimento da PS a Chirurgia Vascolare			R			
Decisione sulle modalità di trasferimento da DH Oncologico a Chirurgia Vascolare		R				
Decisione sulle modalità di trasferimento da Ambulatorio a Chirurgia Vascolare				R		
Rimozione frammento					R	
Frammento posizionato a livello del cuore: valutazione ulteriori esami e attivazione trasferimento			R			
Diffusione procedura						R

Legenda:
R= Responsabile; C= Coinvolto/collabora; I= Informato

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO



7. MODALITÀ OPERATIVE

La rottura è una delle complicanze meccaniche dei CVC, il paziente può recarsi in ospedale perché avverte una determinata sintomatologia, o per i controlli periodici del dispositivo, o ancora è possibile la rottura durante le operazioni di rimozione del port a cath. Pertanto i casi possono essere diversi:

1. paziente che si reca in PS con e senza sintomatologia definita;
2. paziente che si reca in ospedale per il controllo periodico del CVC;
3. rottura del CVC durante la rimozione dello stesso.

1. Paziente che si reca in PS con e senza sintomatologia definita

La valutazione della probabilità rottura del port a cath deve essere eseguita al momento dell'accettazione, l'infermiere di triage deve chiedere all'utente se è portatore di CVC e specificarne la tipologia nella scheda.

Infatti, il paziente può presentarsi in Ospedale asintomatico, oppure lamentando una definita sintomatologia, in questi casi I segni/sintomi che possono far sospettare una rottura del dispositivo sono analoghi a quelli del malposizionamento, nello specifico:

- aritmie;
- dolore al collo;
- dolore durante l'infusione;
- avvertire un gorgoglio nell'orecchio dal lato del catetere;
- malfunzionamento del catetere venoso centrale;
- anormalità della pressione venosa centrale misurata.

A tutti i pazienti con Port a Cath deve essere controllata la posizione del CVC con radiografia.

Nel caso l'RX Torace evidenzi la rottura del Port a Cath è necessario procedere al recupero del frammento migrato distalmente.

Possono verificarsi due diverse situazioni a seconda che la parte del port a cath sia o meno migrata nel cuore:

1. la parte rotta è migrata nel cuore: in questa situazione si attivano subito le pratiche per disporre il trasferimento del paziente presso il centro HUB di Cardiochirurgia di riferimento. Nel frattempo il personale del PS provvede a effettuare un ecocardiogramma per verificare la dinamica cardiaca e a richiedere la consulenza di un anestesista per valutare la tipologia di trasporto da utilizzare.

2. La parte rotta non è migrata nel cuore: in questo caso si richiede la consulenza di un chirurgo vascolare che valuterà la situazione e organizzerà quanto necessario per il trasferimento del paziente e l'intervento per il recupero del frammento.

2. Paziente che si reca in ospedale per il controllo periodico del CVC;

Nel caso l'operatore sanitario durante il controllo periodico del paziente portatore di port a cath rilevi anomalie nel funzionamento del dispositivo quali ad esempio il non corretto funzionamento in aspirazione e infusione, il paziente riferisce dolore oppure vi è un gonfiore a livello del sito di inserzione, può sospettare la rottura della stesso pertanto provvede se possibile ad effettuare un RX Torace. Nel caso la radiografia confermi la rottura del port a cath si procede al trasferimento del paziente in Pronto Soccorso.

In Pronto Soccorso a seconda della posizione del frammento si procede come dettagliato nel **punto 1. paziente che si reca in PS con e senza sintomatologia definita.**

3. Rottura del Port a Cath durante la sua rimozione.

Se durante la rimozione del Port a Cath il medico evidenzia la rottura del dispositivo, effettua immediatamente un RX intraoperatoria per confermare la rottura e verificare la posizione del frammento.Richiede la consulenza urgente del chirurgo vàscolare che deciderà se procedere alla rimozione del frammento oppure se ritiene che per la sicurezza del paziente sia meglio trasferire lo stesso nel centro Hub di riferimento per la cardiologia, si avvisa il Pronto Soccorso e si procede al trasferimento del paziente presso l'HUB di riferimento.

8. INDICATORI

- n. pazienti trattati secondo procedura/N. pazienti con rottura di port a cath

9. REVISIONE

La revisione della procedura dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

10. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

Le funzioni individuate nella matrice delle responsabilità dovranno controllare la corretta applicazione e diffondere la procedura a tutti gli operatori delle proprie UU.OO.Nonché l'avvenuta e tracciata informazione e formazione sui contenuti della stessa agli operatori a cui è destinata la procedura.