

Posizionamento di catetere venoso centrale dopo posizionamento di accesso venoso periferico eco-guidato in pazienti con accesso venoso difficile.

G. Ricci, R. Gilardi, M. Barisone, S. Accardo, M.C. Pirazzini, D. Radini, I. Cantarella, G. Falsini, T. Usmiani, D. Frongillo

Negli ultimi 20 anni una vera e propria rivoluzione ha caratterizzato la gestione degli accessi venosi. Da un lato la disponibilità di un numero crescente di dispositivi con diverse caratteristiche tecniche (periferici, centrali, periferici con diversa lunghezza, durata di utilizzo, posizionamento con tecniche eco-guidate), dall'altro la crescente complessità della patologia da trattare ed il peso rilevante delle comorbidità, richiedono un corretto approccio nella scelta e gestione degli accessi venosi fin dall'arrivo del paziente al dipartimento di emergenza, in terapia intensiva, nei diversi setting di cure fino al territorio. La scelta del dispositivo più adatto deve basarsi su una serie di considerazioni che riguardano da un lato le caratteristiche del patrimonio venoso del paziente, l'età, l'anamnesi e le comorbidità, dall'altro il tipo di trattamenti da eseguire, i farmaci prescritti, i parametri da rilevare, la durata del trattamento e le risorse disponibili per la corretta gestione. È necessario quindi un bagaglio culturale e di training forte per Medici e Infermieri che devono in equipe operare le scelte più appropriate tenendo presenti anche le necessità del malato, della famiglia e del caregiver.

L'Area Nursing è impegnata nelle competenze infermieristiche avanzate e nella gestione condivisa multiprofessionale del malato per erogare cure appropriate.

Nella pratica clinica quotidiana, il paziente con vie venose difficili non è un evento raro, questo può portare in urgenza a notevoli inconvenienti, ma anche nel medio-lungo periodo la pianificazione precoce dell'iter successivo del paziente per esempio con scompenso cardiaco avanzato, che richiede una prosecuzione di cure in Day Hospital con terapia infusioneale, necessita di una precoce programmazione del tipo di dispositivo da preferire. È quindi fondamentale avere dei parametri per poter stratificare precocemente il paziente al momento del ricovero.

Questo recentissimo lavoro analizza quali possono essere i fattori predittivi di fallimento dell'accesso venoso periferico eco-guidato in pazienti con accesso venoso difficile.

I cateteri venosi periferici ecoguidati (USPIV; Ultrasound guided peripheral intravenous catheters) sono spesso utilizzati nei Dipartimenti di Emergenza/Urgenza, soprattutto per evitare, quando possibile, l'inserimento di cateteri venosi centrali (CVC). Purtroppo, però, gli USPIV riportano un alto tasso di fallimento per una serie di motivi. Scopo dell'articolo scritto da Pare et al. (Boston University) è stato pertanto quello di determinare la proporzione di pazienti che richiedono un CVC dopo il fallimento di un USPIV, quali possano essere i fattori che influenzano la difficoltà nel reperimento di un accesso venoso periferico.

Dai dati della letteratura risulta che 1 paziente su 9 presenta accessi vascolari difficilmente reperibili (DIVA: difficult vascular access patient) e ciò diventa un problema quando è necessario somministrare prontamente una terapia infusioneale. I DIVA spesso richiedono particolari accorgimenti o delle procedure di “salvataggio” come l’incannulamento della vena giugulare esterna, gli USPIV, i devices intraossei o i CVC. I fattori principalmente associati ad accessi vascolari difficili da reperire sono:

- Obesità
- Insufficienza renale end- stage
- Anemia a cellule falciformi
- Abuso di stupefacenti per via endovenosa
- Vasculopatia periferica
- Diabete mellito

Per i DIVA, gli USPIV sono spesso impiegati come procedure di salvataggio per la somministrazione di farmaci. In una percentuale che a volte raggiunge il 47% spesso si incorre nel fallimento degli USPIV e nella necessità del posizionamento di un CVC.

Lo studio in questione consiste in un’analisi retrospettiva di coorte che ha coinvolto pazienti con età > 21 anni che si sono ricoverati presso il Dipartimento di Emergenza di un Trauma Center tra il Gennaio e l’Agosto 2015 e che hanno ricevuto il posizionamento di un USPIV. I criteri di esclusione comprendevano la pre-esistenza all’ingresso di un CVC.

Dei 343 pazienti analizzati, in 45 (13,1%) è stato necessario il posizionamento di un CVC durante la degenza. Sorprendentemente, nessuno dei classici fattori di rischio precedentemente descritti nei pazienti DIVA erano predittivi del passaggio dall’USPIV al CVC. Il dato emergente, invece, principalmente correlato alla necessità di posizionare un CVC dopo il fallimento di un USPIV era la durata della degenza.

I pazienti a maggior rischio sono stati quelli ricoverati in contesti a maggior intensità di cura (es. terapie intensive).

Questo è il primo studio che ha valutato l’incidenza e i predittori associati a quei pazienti che richiedono un CVC dopo essere stati ricoverati con un USPIV. Gli Autori hanno riscontrato che circa 1 paziente su 8 richiederà un CVC dopo il fallimento di un USPIV. Questo dato indica comunque che gli USPIV possono ridurre considerevolmente il numero di CVC nei pazienti DIVA.

Al contrario di quanto si possa pensare, il rischio di passare ad un CVC dopo un USPIV non coincide esattamente con il profilo che identifica un paziente DIVA. Piuttosto, gli indici predittivi indicati dagli Autori sono:

- Il tipo e la severità della patologia di cui il paziente è affetto
- La durata dell'ospedalizzazione.

A tal proposito, se un Sanitario è in grado di predire il decorso clinico di un paziente e si aspetta una degenza più lunga (≥ 7 giorni), il posizionamento di un dispositivo diverso da un USPIV potrebbe essere più indicato per quel tipo di paziente e possibilmente più costo- efficace.

Da questo studio, pertanto, emerge il concetto di **personalizzazione delle cure** nella gestione degli accessi venosi, ulteriori studi saranno necessari per indirizzare la scelta del giusto device, al momento giusto e al giusto paziente.

Joseph R. Pare, MD MHS, Samara E. Pollock, BA, James H. Liu, MS, Megan M. Leo, MD, Kerrie P. Nelson, PhD. Central venous catheter placement after ultrasound guided peripheral IV placement for difficult vascular access patients. American Journal of Emergency Medicine 37 (2019) 317–320
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.11.021>

Cerotto V, Vailati D, Montrucchio G, Capozzoli G, Brazzi L, Gori F.

Le buone pratiche per gli accessi vascolari. SIAARTI 2018

www.siaarti.it/standardclinici