



Rimini 21 Ottobre 2011

Carcinoma del colon-retto

La medicina che cambia: l'approccio multidisciplinare al trattamento delle metastasi epatiche nell'era della target therapy.

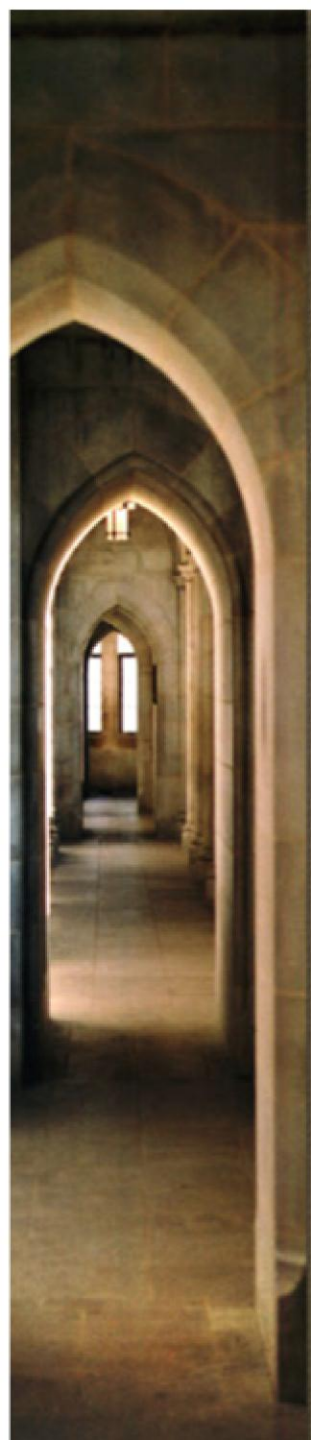
**L'assistenza infermieristica al paziente  
con metastasi epatiche ricoverato  
In Day Hospital Oncologico**


Pilati Michela

U.O. ONCOLOGIA Rimini

# ARGOMENTI TRATTATI

- 1) Gestione infermieristica dei principali effetti collaterali dei farmaci utilizzati per la cura delle neoplasie colon-rettali
- 2) Gestione degli accessi venosi in Day Hospital





# Gestione infermieristica dei principale effetti collaterali

Fornire al paziente supporto:

- Assistenziale
- Informativo/educativo (personalizzato)
- Competente
- Umano

# Principali farmaci per il trattamento delle neoplasie colonretto con meta epatiche

- Eloxatin (Oxaliplatino)
- Irinotecan (Campto)
- Fluorouracile (5FU)/Capecitabina(Xeloda)
- Cetuximab (Erbitux)
- Bevacizumab (Avastin)
- In combinazioni: Folfox o Folfiri

# OXALIPLATINO

- Neurotossicità sensitiva periferica: scatenata dalle basse temperature (spasmo laringeo)
- Emesi moderata: tipo alimentazione (piccoli spuntini frequenti, cibi graditi, no cibi pesanti e caldi, cibi secchi, bere piccoli sorsi)
- Neutropenia di vario grado: segnalare febbre, sintomi inf. vie urinarie, tecniche di prevenzione delle infezioni (lavaggio mani, igiene orale)

# CAMPTO

- Sindrome colinergica acuta (verificare premedicazione con atropina)
- Neutropenia di vario grado
- Diarrea tardiva: cibi ricchi di proteine e potassio, no fibre, piccoli pasti frequenti, idratazione, entità e n° scariche, riposo.



# FLUOROURACILE/CAPECITABINA

- Disturbi gastrointestinali
- Mucosite: igiene orale accurata, sciacqui con bicarbonato, labbra idratate, crioterapia, no cibi piccanti e caldi.
- Neutropenia
- Sindrome mano-piede (cute arrossata, tumefatta, ulcerata, dolente, formicolio o intorpidimento): ispezione cute, creme emollienti e idratanti, impacchi di ghiaccio, acqua fredda/tiepida, saponi neutri, protezione solare



# BEVACIZUMAB

Effetti collaterali comuni più frequenti:

- Ipertensione: rilevazione PA
- Proteinuria: rilevazione es.urine
- Epistassi: educaz. gestione epistassi



# CETUXIMAB

## TOSSICITA' CUTANEA :

L'infermiere deve essere in grado di gestire una tossicità cutanea di grado lieve.



1. Permette di limitare l'incidenza del rash cutaneo
2. Migliorare la compliance del paziente (qualità della vita)
3. Ottimizzare i risultati terapeutici

# TOSSICITA' CUTANEA DA CETUXIMAB

- Follicolite: rash acneiforme, 60-80%
- Xerosi cutanea: secchezza cute con desquamazione, 20-35%
- Prurito
- Iperpigmentazione
- Tricomegalia: alterazione dei peli
- Fissurazione: spacchi ragadiformi dei polpastrelli (molto dolorosi), 10%
- Paronichia: 'incarnimento' della lamina ungueale nei tessuti molli adiacenti, 6-12%

# GESTIONE TOSSICITA' CUTANEA CETUXIMAB

Educare il paziente a:

- Evitare esposizione al sole e/o fonti di calore
- Lavarsi con acqua tiepida
- Mantenere curate le unghie
- Utilizzare creme emollienti e idratanti sulle parti corporee secche
- Utilizzare prodotti detergenti ricchi di lipidi e con tensioattivi non aggressivi
- Evitare scarpe strette



# GESTIONE ACCESSI VENOSI UTILIZZATI IN DH

- Accesso periferico con ago cannula
- Sistemi totalmente impiantabili (Port a cath)
- PICC (Peripherically Inserted Central Catheter – Catetere Centrale Inserito Perifericamente)



# FONDAMENTALE

L'infermiere deve essere in grado di:

1. Gestire un accesso venoso centrale e/o periferico
2. Informare ed educare il paziente
3. Agire con appropriatezza e competenza
4. Prevenire e riconoscere le complicanze legate alla presenza presidio e attuare interventi adeguati



# FONDAMENTALE

Per ottenere:

1. Mantenimento del presidio venoso per tutto il tempo necessario
2. Assenza di complicanze (tromboflebiti, infezioni)
3. Soddisfazione del paziente
4. Collaborazione del pz e/o 'care giver' nella gestione dell'accesso venoso



# CRITERI PER LA SCELTA

Momento collegiale tra medico e infermiere!

Fattori legati alla terapia:

1. Tipo trattamento (infusione continua , farmaco irritante o vescicante, PH)
2. Durata del trattamento



# CRITERI PER LA SCELTA

Fattori legati al paziente:

1. Patrimonio venoso
2. Diagnosi
3. Età della persona e stile di vita (es. pz.giovane con vita di relazione attiva, sportivo,....)
4. Capacità di gestione del paziente e/o 'care giver'
5. Eventuali patologie concomitanti (anomalie fisiche)
6. Preferenze del paziente

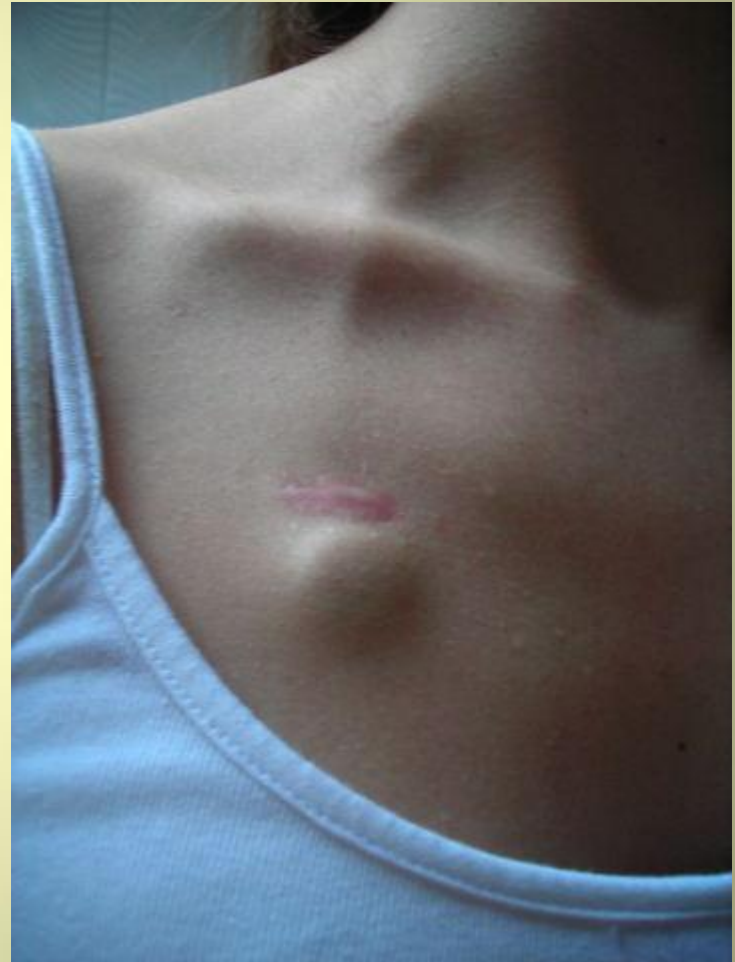


# PORT A CATH

Sistema totalmente impiantabile costituito da una camera serbatoio (reservoir - in titanio o resine sintetiche) dotata di un setto perforabile in silicone; è raccordato ad un CVC in silicone o poliuretano (punta chiusa o aperta) ed è posizionato preferibilmente in succlavia (vena cava superiore). La capsula viene posizionata sottocute (regione anteriore del torace).



# PORT A CATH

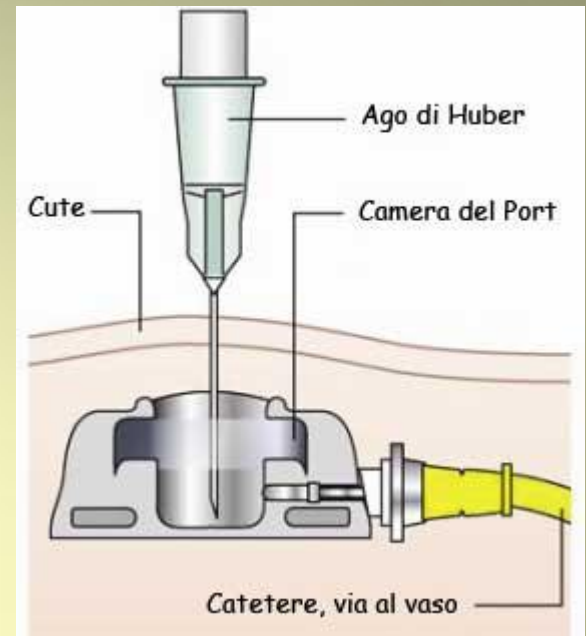


# GESTIONE PORT

- Lavaggio dopo ogni utilizzo, in alternativa ogni 30/40 giorni.
- Utilizzare solo aghi di Huber o Gripper (no coring-antifrustolo) da sostituire ogni 7 gg se I.C.
- Utilizzo di tecnica asettica
- Disinfettare con clorexidina 2% o iodopovidone 10%
- Lavare con almeno 10/15 ml di sol. fisiologica tecnica pulsante (a scatti)
- Eparinare con 5 ml di soluzione (500 U./ml) mediante la tecnica “a pressione positiva”

N.B.: importante utilizzare siringhe cal.  $\geq$  10 ml

# AGO DI HUBER



# VANTAGGI

- Lunga permanenza (anche anni)
- Preserva immagine corporea, impatto estetico minore
- Non necessita di medicazioni
- Consente il nuoto ed il bagno
- Membrana perforabile 2/3000 volte
- Minor rischio di infezioni



# SVANTAGGI

1. Posizionato in sala operatoria
2. Rischi legati al posizionamento (pneumotorace, emotorace, embolia gassosa, complicanze infettive)
3. Necessario personale esperto per la gestione
4. Puntura cute ogni utilizzo (dolore per il paziente)
5. Possibile flogosi della cute nel punto d'inserzione dell'ago
6. Necessario ago apposito
7. Alto costo

# PICC

Catetere venoso centrale non tunnelizzato, introdotto per via periferica, la punta è posizionata in prossimità della giunzione tra vena cava superiore ed atrio destro.



# PICC

1. Metodica 'blind' posizionamento non ecoguidati:
  - Pz. Con buon patrimonio venoso
  - > rischio malposizionamento
  - > rischio trombotico
  - Eparinizzazione giornaliera
2. Posizionamento ecoguidato:
  - < 10% complicanze trombotiche e infettive
  - a pz. scarso patrimonio venoso
  - PICC POWER permettono trasfusione e mezzo di contrasto (calibro maggiore)



# GESTIONE DEL PICC

Medicazione ogni 7 gg (prima se sporca, staccata, bagnata o presenza flogosi nel punto d'inserzione)

- Tecnica in asepsi
- Lavaggio con soluzione fisiologica con "tecnica pulsante" e terminare con manovra a "pressione positiva"
- Eparinizzazione con 3 ml di soluzione 500 u/ml (solo nei PICC non provvisti di valvola distale tipo Groshong)
- Cerotto poliuretano trasparente
- Sostituzione STATLOK (dispositivo fissaggio) ogni 7-10 gg



# VANTAGGI

- Posizionamento in ambulatorio o al letto del paziente anche da parte dell'infermiere
- Costi minori rispetto CVC tipo Port
- Abolizione rischi venipuntura centrale
- Minor rischio di sepsi sistemiche
- Permette utilizzo discontinuo



# SVANTAGGI

- Necessita medicazione
- Minor compliance del paziente
- Permanenza medio termine (fino ad 1 anno)



# STUDIO PROSPETTICO

Soluzione eparinata vs. soluzione fisiologica per la chiusura oltre 8 ore dei CVC a medio e lungo termine. (DH Oncologico Molinette TO)

Letteratura: CVC non valvolati non utilizzati > 8 ore → lavaggio S.F. + sol. Eparinata quantitativo 2 volte spazio morto CVC.

Arruolati 275 PZ.: 139 SF; 135 SE

Risultati: la NON somministrazione di SE (dove il CVC lo richiedeva) non ha aggiunto né aggravato i problemi a cui questi presidi possono andare incontro.

Marco Polo descrive un ponte, pietra per pietra.

– Ma qual è la pietra che sostiene il ponte? – chiede Kublai Kan.

– Il ponte non è sostenuto da questa o quella pietra, – risponde Marco, – ma dalla linea dell'arco che esse formano.

Kublai Kan rimane silenzioso, riflettendo. Poi soggiunge:

– Perché mi parli delle pietre? È solo dell'arco che m'importa.

Polo risponde: – Senza pietre non c'è arco.

Tratto dal libro 'Le città invisibili' di Italo Calvino  
Dialogo tra Marco Polo e imperatore cinese Kublai Kan



**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**