

GESTIONE IN LOCO DELLE PRINCIPALI COMPLICANZE NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' DELLA BREAST UNIT

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO
	Febbraio 2022	F.to Dott.ssa Mara Masullo Dirigente Responsabile UOSVD Rischio Clinico Dott.ssa Santa Bambace Dirigente Responsabile UOC Radioterapia Oncologica Dott. Pasquale Di Fazio Direttore UOC Medicina Nucleare Dott.ssa Daniela Erriquez Dirigente Responsabile UOSVD Senologia Clinica Dott. Gennaro Gadaleta Caldarola Direttore UOC Oncologia Dott. Domenico Palmieri Dirigente Responsabile UOSVD Chirurgia della Mammella F.to Dott. Raimondo Ferrara Dirigente Responsabile UOSVD Ematologia ed Oncologia PTA Trani F.to Dott.ssa Sara Sblano Dirigente Medico UOSVD Rischio Clinico F.to Dott. Nicola Petrarota Dirigente Medico Chirurgia P.O. Andria F.to Dott. Inf. Giulio Paradiso Infermiere Rischio Clinico	F.to Dott.ssa Mara Masullo Dirigente Responsabile UOSVD Rischio Clinico F.to Dott. Enrico Restini Direttore Dip. Chirurgico – Traumatologico F.to. Dott. Giuseppe Tarantini Direttore Dip. Oncologico F.to. Dott. Tommaso Scarabino Direttore Dip. Immagini e Diagnostica F.to Dott.ssa Sabina Di Donato Dirigente Responsabile UOSVD Governare Clinico e Qualita'

GESTIONE IN LOCO DELLE PRINCIPALI COMPLICANZE NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' DELLA BREAST UNIT

Come noto, le complicanze che potrebbero verificarsi nell'ambito del percorso assistenziale di una Breast Unit possono essere varie ed interessare diversi momenti del percorso diagnostico terapeutico dei pazienti. È fondamentale che ciascun professionista sanitario, nell'ambito delle proprie e specifiche competenze, abbia contezza di tali circostanze così da poter prevenire e, ove tanto non sia possibile, gestire sempre e prontamente l'eventuale verificarsi delle stesse fornendo un iniziale e valido soccorso al paziente e garantendo una gestione finalizzata e coordinata dell'evento.

Poiché le complicanze, a seconda del momento diagnostico-terapeutico, sono molteplici e spesso diverse tra loro, questa procedura si prefigge di fornire dei quadri sinottici di immediata lettura, distinti per UU.OO., fermo restando le procedure specialistiche specifiche di competenza, interne alle UU.OO. stesse.

La consapevolezza e la formazione del personale svolgono un ruolo fondamentale nell'outcoming e nella gestione degli eventi, pertanto per ambito specifico si effettua formazione ed aggiornamento costante a tutti gli operatori.

Di seguito sono sinteticamente raggruppate e illustrate le attività da porre in essere in caso di complicanze, suddivise per UU.OO. di competenza.

UU.OO.	Complicanza	Attività preventive	Segni e sintomi	Gestione in loco
Oncologia medica	Stravaso farmaci antitumorali	Adeguatezza scelta dei presidi Adeguatezza gestione della somministrazione Informazione al paziente Nel caso di utilizzo di cateteri venosi centrali totalmente impiantabili (es. port): -utilizzare esclusivamente aghi tipo Huber di lunghezza adeguata all'anatomia del paziente, non carotanti -verificare tramite aspirazione con siringa da 10 mL il ritorno ematico prima della somministrazione del farmaco -eseguire una medicazione occlusiva nel punto di inserzione dell'ago	Precoci: dolore, bruciore, edema, prurito, riduzione della velocità di infusione o mancato ritorno venoso in seguito ad aspirazione Tardivi: eritema, tumefazione ed indurimento nella sede di accesso. Necrosi dei tessuti nei casi più gravi	Norme generali d'intervento 1. Sospendere immediatamente l'infusione ai primi sintomi e/o segni di stravaso e disconnettere la flebo senza rimuovere l'accesso venoso; 2. Aspirare delicatamente quanto più farmaco stravaso possibile utilizzando una siringa da 10 mL. Evitare di applicare un'eccessiva pressione sul sito dello stravaso; 3. Prendere il kit per il trattamento degli stravasi e richiedere l'intervento di un medico (vedasi elenco kit allegato); 4. Delimitare l'area dello stravaso con una matita dermatografica, così che la dimensione e la zona possa essere valutata durante tutto il trattamento curativo e il follow-up (sarebbe opportuno poter fotografare la lesione); 5. Rimuovere l'accesso venoso continuando a aspirare dal punto di stravaso, qualora non sia necessario il ricorso ad un antidoto;

GESTIONE IN LOCO DELLE PRINCIPALI COMPLICANZE NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' DELLA BREAST UNIT

	-utilizzare siringhe da 10mL o calibro maggiore per l'infusione in bolo di farmaci -qualora possa essere dubbia la posizione del catetere procedere preliminarmente a controllo radiologico Nel caso di utilizzo di vie venose periferiche: - Scegliere la posizione più corretta per la venipuntura -scegliere il cateterino venoso più adeguato, utilizzando preferibilmente aghi cannula in teflon - Coprire il punto di inserzione con medicazione oclusiva ma trasparente - utilizzare raccordi a Y o rubinetti a 3 vie per poter somministrare prima e dopo e/o durante l'infusione una soluzione per il lavaggio della vena (soprattutto qualora si impieghino farmaci vescicanti - Tutti i dispositivi di infusione devono essere dotati di raccordi luer-lock		6. Sollevare l'arto per favorire il deflusso venoso; 7. Documentare tutto l'evento nelle apposite schede di rilevazione, in cartella clinica e infermieristica; 8. Informare il paziente di ciò che si sospetta sia successo e istruire il paziente e i suoi familiari in modo che si attenga alle prescrizioni terapeutiche anche a domicilio (modalità di applicazione di farmaci o di impacchi freddi o caldi; va consigliato di non esporre alla luce del sole la zona di cute interessata per diverse settimane in quanto la tossicità di molti farmaci è potenziata dalle radiazioni UV); 9. Monitorare il paziente per tutto il follow-up. Controllare con attenzione l'evoluzione della lesione per almeno 1-2 settimane. Fatta eccezione per il punto 6, gli altri punti delle norme generali devono essere applicati anche nel caso di stravasamento da accesso venoso centrale. Trattamento non farmacologico: a) applicazioni topiche calde (alcaloidi della vinca, taxani, Sali di platino) b) applicazioni topiche fredde (antracicline, antibiotici, agenti chelanti, agenti non vescicanti) c) lavaggio sottocutaneo e drenaggio meccanico dell'ematoma sottocute utilizzando anche soluzione salina sottocute ed incisioni piccole della cute stessa Trattamento farmacologico: utilizzo cortisonici per via sistemica per ridurre lo stato di flogosi
--	---	--	--

GESTIONE IN LOCO DELLE PRINCIPALI COMPLICANZE NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' DELLA BREAST UNIT

		- Immobilizzare bene l'arto incannulato - Valutare il funzionamento della vena infondendo una soluzione neutra prima dell'infusione di antiblastici - Verificare il ritorno ematico tramite aspirazione con siringa prima e durante la somministrazione del farmaco - Durante la somministrazione controllare periodicamente l'integrità della vena valutando se siano occorse reazioni locali (edema, dolore, rossore) - Nella somministrazione di più farmaci in sequenza somministrare per primi quelli vescicanti ed eseguire push endovenosi seguiti o alternati da abbondanti lavaggi con soluzione neutra (es. fisiologica). Dopo la somministrazione di una sostanza potenzialmente vescicante l'accesso venoso deve essere lavato con una soluzione compatibile	Antidoti, da applicare iniettare nella zona dello stravaso (vedasi elenco allegato):
--	--	--	---

GESTIONE IN LOCO DELLE PRINCIPALI COMPLICANZE NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' DELLA BREAST UNIT

		- Dopo la somministrazione infondere una soluzione neutra come lavaggio		
	Reazione da infusione dei farmaci (HRS)	Porre in essere misure di desensibilizzazione qualora alla prima infusione già si siano verificate reazioni impreviste. Premedicazione con paracetamolo ed antistaminico preliminarmente alla somministrazione di anticorpi monoclonali	Reazione orticarioide, angioedema	Interrompere immediatamente l'infusione Sostenere il circolo e l'idratazione ev Monitorare i parametri vitali Somministrazione antistaminici (angioedema, prurito, orticaria) In caso di anafilassi utilizzare adrenalina sc
UOSVD Chirurgia della mammella	Ematoma della ferita chirurgica	Screening fattori della coagulazione nei pazienti a rischio Sospendere preoperatoriamente gli anticoagulanti e gli antiaggreganti piastrinici Effettuare una corretta emostasi chirurgica.		a) drenare la ferita chirurgica dall'ematoma, b) rivalutare l'emostasi chirurgica, c) utilizzare emostatici locali e/o sistemici
UOC Radioterapia Oncologica	Dermatite attinica	Porre attenzione alle pazienti con precedente terapia con antracicline e taxani. Norme igieniche profilattiche (detersione della cute con sostanze poco aggressive, utilizzo di emulsioni idratanti ed emollienti sulla cute irradiata)	Eritema, epiteliosi secca, epiteliosi umida localizzata, epiteliosi umida estesa	-applicare sulle aree di epiteliosi secca spray a base di vitamina E. -alla comparsa eventuale di aree di epiteliosi umida procedere con terapia a base di tocature con soluzioni disinfettanti idroalcoliche (violetto di genziana, mercurocromo) -qualora le aree di epiteliosi umida si fondono tra loro associare alla medicazione con soluzioni che disidratano la pelle una medicazione antisettica. La paziente sarà sottoposta a consulenza di Chirurgia Plastica e la terapia radiante sarà sospesa fino alla avvenuta riparazione della integrità cutanea.

GESTIONE IN LOCO DELLE PRINCIPALI COMPLICANZE NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' DELLA BREAST UNIT

UOSV Senologia	Reazione avversa acuta non renale alla somministrazione di mdc in corso di RMN della mammella	- Ricercare nella anamnesi del paziente la presenza di fattori di rischio (pregressa reazione avversa a seguito di esami strumentali con la medesima classe di mdc, asma non controllata, orticaria o angioedema cronici/ricorrenti non controllati), mastocitosi, pregressa anafilassi idiopatica). - Sostituire l'indagine: Per prevenire efficacemente una recidiva di reazione allergica, sostituire l'indagine o, se non possibile (in situazioni di emergenza), cambiare mezzo di contrasto. - Nel Paziente con anamnesi positiva per diatesi allergica si raccomanda di porre in essere misure di desensibilizzazione, di monitorare le funzioni vitali ed essere pronti a gestire l'eventuale emergenza. - Nel caso di Paziente con anamnesi positiva per reazione avversa grave a	Pomfi, prurito, edema cutaneo, edema facciale senza dispnea, edema laringeo con stridore, broncospasmo, ipossia, shock	Interrompere immediatamente l'infusione Sostenere il circolo e l'idratazione ev Monitorare i parametri vitali Somministrazione antistaminici e cortisonici. (angioedema, prurito, orticaria) In caso di anafilassi utilizzare adrenalina sc In presenza di qualsiasi reazione acuta grave da Mdc, allertare il team di emergenza, interrompere immediatamente l'esame e l'infusione di mezzo di contrasto e procedere alla somministrazione: 1. ossigeno maschera blb 12 l\min 2. monitoraggio dei parametri vitali 3. verifica dell'accesso venoso Per stabilire il grado di severità del quadro clinico e l'urgenza del trattamento si consiglia l'adozione dei criteri NEWS. In alternativa è possibile utilizzare criteri clinici: la reazione allergica può essere considerata grave con necessità di chiamata del team di emergenza in caso di comparsa di: • - reazione cutanea diffusa • - dispnea • - broncospasmo • - ipossia • - shock • - reazione vaso-vagale resistente al trattamento • - aritmie • - convulsioni • - marcata ipertensione arteriosa
----------------	---	---	---	---

GESTIONE IN LOCO DELLE PRINCIPALI COMPLICANZE NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' DELLA BREAST UNIT

		MdC noto o non noto di classe diversa e giustificazione dell'esame, è indicato programmare l'indagine in presenza o allertando l'Anestesista Rianimatore.		- arresto cardiaco Per le specifiche terapie in base al tipo di reazione avversa si rimanda all'allegato (linee guida SIRM-SIAAIC).
	Complicanze correlate alla agobiopsia percutanea sotto guida ecografica e stereotassica	Screening fattori della coagulazione nei pazienti a rischio Sospendere gli anticoagulanti e gli antiaggreganti piastrinici, previa consulenza cardiologica ed ematologica se necessarie	Comparsa di Tensione, gonfiore e dolore	Procedere alla somministrazione di antidolorifici (paracetamolo) e impacchi freddi nei giorni successivi alla biopsia mammaria. Indossare un reggiseno che fornisca un buon sostegno
		Screening fattori della coagulazione nei pazienti a rischio Sospendere gli anticoagulanti e gli antiaggreganti piastrinici previa consulenza cardiologica ed ematologica se necessarie	Sanguinamento	-Al termine dell'esame, compressione per alcuni minuti sulla zona di introduzione dell'ago biotico con borsa di ghiaccio secco -Se il sanguinamento è di maggiore portata con una garza sterile comprimere il punto sanguinante a monte e somministrare eventuali farmaci anticoagulanti o antidoti a farmaci anticoagulanti assunti dal paziente. Eseguire stretto follow-up clinico strumentale ed eventuale consulenza chirurgica per revisione della cavità.
			Pneumotorace: Dolore toracico e dispnea	Nel caso di pneumotorace, con comparsa di dolore toracico e dispnea, allertare il Team dell'emergenza. Procedere alla ospedalizzazione del paziente, eseguire un esame radiologico del torace con eventuale posizionamento di un drenaggio pleurico.

GESTIONE IN LOCO DELLE PRINCIPALI COMPLICANZE NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' DELLA BREAST UNIT

				Se è presente una falda minima di Pnx, il paziente non lamenta dispnea, ed i parametri vitali sono nella norma, il medico può optare per il trattamento conservativo diversamente può procedere all'inserimento di un drenaggio toracico o la decompressione precoce. Il posizionamento di un drenaggio pleurico è indicato nello pneumotorace sintomatico o quando esso continua ad incrementare. In tal caso un drenaggio da 6 a 9 French viene posizionato e connesso ad una valvola unidirezionale di Heimlich, oppure connesso ad una valvola d'acqua. Nei casi più gravi, può essere necessario il ricovero in terapia intensiva per sottoporre il paziente a ventilazione meccanica Il Pnx iperteso, è una condizione di urgenza e necessita, invece, di una decompressione precoce con ago poiché può portare rapidamente ad arresto cardiaco. La decompressione con ago è una manovra salvavita e si esegue inserendo un ago di grosso calibro nel secondo spazio intercostale, lungo la linea emiclavare, dell'emitorace in cui il paziente non ventila. È una manovra temporanea, ma essenziale: dopo aver inserito l'ago, è comunque spesso indispensabile, in un secondo momento, l'inserimento di un drenaggio toracico da personale esperto per stabilizzare le condizioni del paziente. Per la decompressione si utilizza un ago cannula di almeno 14 -16 Gauge.
--	--	--	--	--