

## Studi DOPPS - Il punto di vista infermieristico

# La gestione dell'Accesso Vascolare nei pazienti in dialisi: il contributo dello Studio DOPPS

M. Pegoraro, infermiera nefrologica, EDTNA-ERCA Filiale Italiana

Il contributo del dott. Pontoriero e collaboratori è molto esaustivo e poco mi resta da specificare in termini oggettivi. Pertanto questo mio apporto è volto a consigliare la rilettura degli stessi dati con una discussione multidisciplinata sulle varie competenze ed attività.

Infatti, se si esclude il confezionamento di un accesso vascolare (AV) periferico, o il posizionamento di un AV centrale, la coordinazione degli eventi, la consultazione clinica rispetto all'inizio e alle condizioni di utilizzo, la puntura stessa e tutte le competenze ad essa correlate, piuttosto che il monitoraggio delle prestazioni, così come la gestione degli AV centrali, sono tutte attività che rientrano nell'ambito della competenza assistenziale infermieristica (1). Ciò non è poco e come noto i dati DOPPS confermano l'importanza di queste attività nel determinismo della qualità e della durata della vita del paziente.

Sono pertanto qui a proporre la disamina dei dati rispetto a una linea "temporale", scandendo alcuni "scenari clinici" che si possono, o meno, verificare.

Un primo scenario si apre quando la Malattia Renale Cronica approda allo stadio 4-5 del CKD, stadio in cui il paziente giunge in prossimità dell'inizio di un trattamento sostitutivo che, se emodialitico, vuole il confezionamento di un AV per il suo inizio.

Un secondo scenario, molto più lungo ed articolato, è quello della gestione dell'accesso vascolare, che può comprendere la venipuntura, il monitoraggio clinico del vaso o la gestione pratica e complessa del catetere venoso centrale (CVC) sia esso permanente o temporaneo.

Rispetto al primo scenario ci sono dei dati DOPPS su cui richiamare l'attenzione del lettore:

1) nei pazienti incidenti le fistole artero-venose (FAV) fatte in Europa sono più numerose, durano di più e funzionano meglio, rispetto al resto del mondo (Fig. 1);

le FAV confezionate nei pazienti incidenti prima che venga posizionato un CVC (indipendentemente dal tipo di

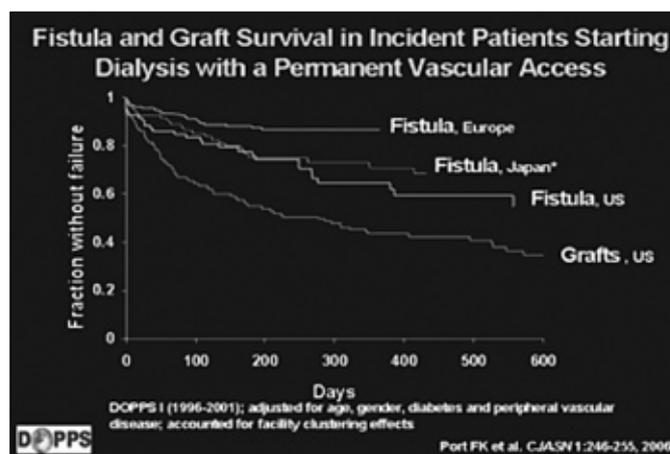


Fig. 1 - Durata delle FAV nei pazienti incidenti di varie aree geografiche secondo i DOPPS.

CVC) hanno un migliore andamento nel tempo, senza distinzione geografica, o d'età (Fig. 2).

indipendentemente dalle comorbidità dei pazienti in Europa viene confezionata una percentuale molto più ele-

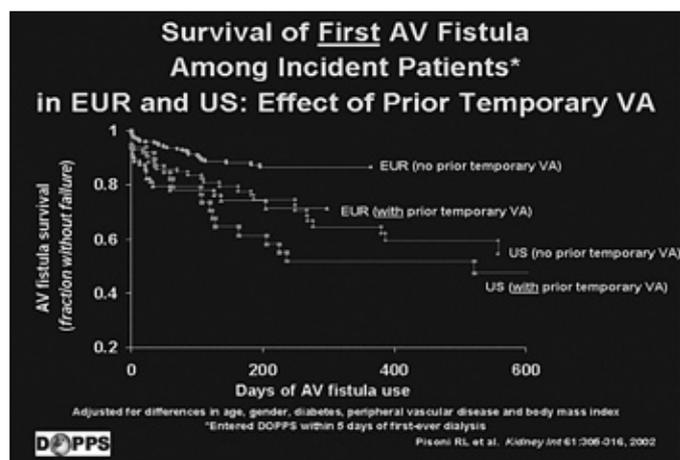


Fig. 2 - Sopravvivenza della prima FAV.

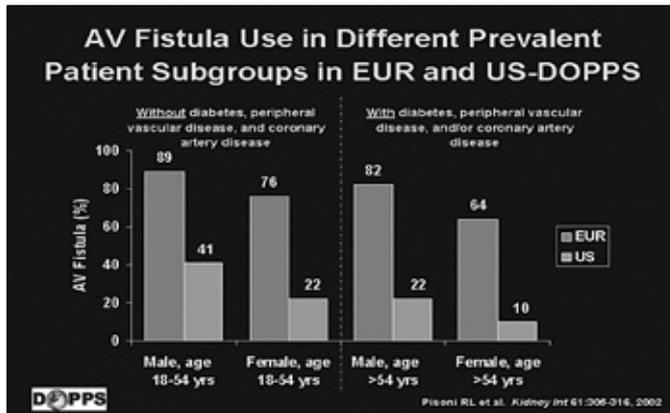


Fig. 3 - Percentuale di confezionamento di FAV in Europa e negli Stati Uniti.

vata di FAV (specie native) che negli Stati Uniti (Fig. 3). Da questi dati possiamo trarre alcune considerazioni: -migliori risultati di esito, rispetto a mortalità e morbidità e migliori pratiche chirurgiche per il confezionamento delle FAV (cosa su cui dobbiamo continuare a credere ed investire);

-ove esiste un servizio di pre-dialisi esiste una grande differenza di esito degli AV. Quando il paziente arriva all'emodialisi dopo un percorso di pre-dialisi, non solo ha molte più probabilità di avere un accesso vascolare pronto, funzionante e definitivo, ma è in genere un paziente più "educato," compliant, attento e collaborante, meno passivo rispetto alla malattia e alla gestione del trattamento, insomma più propenso all'auto-cura. Questi sono tutti dati che concorrono a una migliore qualità di vita percepita (2). Com'è noto la mancanza di un percorso di pre-dialisi espone i pazienti incidenti a un maggior numero di impianti di CVC, tunnellizzati e non, cosa che non è scevra da possibili complicanze come infezioni, maggior rischio relativo di morte (8% per i CVC non tunnellizzati o temporanei e 5% per i CVC tunnellizzati). Qualora un ritardo nel confezionamento, o nello sviluppo di una prima FAV, porti a dover posizionare un CVC, è da privilegiare il posizionamento di un tunnellizzato (detto anche "permanente" per la sua tipologia) perché produce minor rischio infettivo per il paziente ed aiuta chi lo assiste ad avere un maggior margine temporale per il confezionamento di un AV possibilmente con vasi nativi, giustificando così una pratica che seppure rischiosa, diventa necessaria (Fig. 4) (3).

La necessità di un servizio di pre-dialisi è oramai emersa con molta chiarezza nell'ambito nefrologico - e non solo

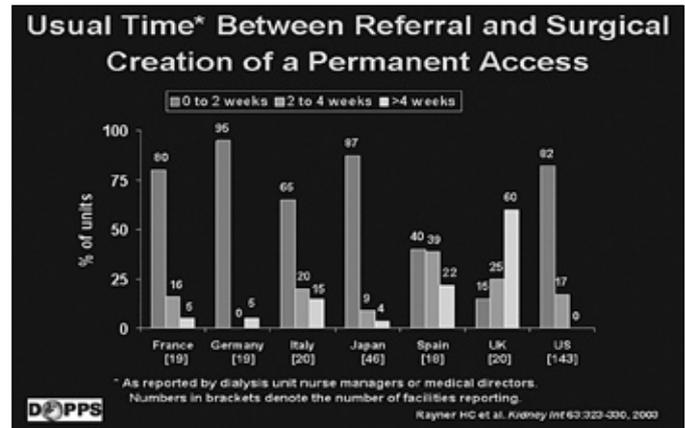


Fig. 4 - Tempo intercorrente tra primo riferimento del paziente e creazione di un accesso chirurgico permanente in varie aree geografiche.

in considerazione degli AV - tant'è che nella fase dei DOPPS in corso, qualora il paziente selezionato abbia iniziato la dialisi nei 6 mesi precedenti, vengono chiesti, se disponibili, alcuni dei dati di gestione clinica riferiti alla fase del pre-dialisi.

Facendo riferimento al secondo scenario della gestione dell'accesso, ovvero l'incannulamento del vaso, monitoraggio di routine e protocolli di gestione del CVC, i dati sono tutti indiretti o in fase di raccolta. Data l'elevata incidenza di infezioni dei CVC (4) il messaggio è forte e chiaro: la gestione di un CVC necessita delle maggiori accortezze operative e gestionali possibili, una maggiore quantità di materiale sterile per medicazioni, per cercare di operare in condizioni di contenuta carica batterica e di sicurezza ambientale (per esempio, evitare le manovre di medicazione in concomitanza di altre attività che comportino il sollevamento di pulviscolo ambientale).

Ancora non ci sono dati DOPPS che affermino la rilevanza ai fini della percentuale delle infezioni quando l'attacco e lo stacco di un CVC viene eseguito da 1 o 2 operatori, né c'è l'evidenza scientifica su quali siano i protocolli migliori. Piuttosto ci si deve rifare alle linee guida esistenti e prodotte da varie società scientifiche. Non si dimentichi che le linee guida KDQOI sono state ispirate e convalidate proprio dai dati DOPPS: non a caso le prime KDQOI corrispondono all'inizio della prima raccolta DOPPS nel 1996 (5).

A queste si aggiungono le linee guida dell'EDTA-ERA, dell'EDTNA-ERCA, della Società degli Accessi Vascolari, i cui siti si invita a visitare (6).

Non esistono dati DOPPS sulla durata o le complicazioni delle FAV native in rapporto al tipo di puntura: ad area, a scala di corda, a occhio o in assenza di una procedura stabilita. Viceversa da uno studio multicentrico sulla

gestione degli AV, condotto nel 2000 dall'EDTNA-ERCA (1) è emerso che nei centri ove il personale infermieristico educa i pazienti a una corretta igiene del braccio sede di FAV e/o vi sono delle pratiche di venipuntura specifiche e strutturate, gli AV hanno maggiori durata ed efficienza. Infatti nello studio DOPPS in corso si è pensato di indagare in tale direzione e i risultati di tale indagine sono attesi ad integrare la letteratura scientifica già esistente (7-11).

In buona sintesi i dati DOPPS che possono e devono essere di precipuo interesse infermieristico per la competenza degli AV sostengono:

- perseguimento del maggior numero di AV con FAV nativa;
- attivazione di servizi di pre-dialisi in ogni centro;
- coinvolgimento, motivazione e collaborazione massimali tra staff nefro-dialitico ed eventuale chirurgo degli accessi sia esso vascolare, nefrologo o di altra specificità;
- utilizzo di procedure e protocolli strutturati di puntura e monitoraggio degli AV periferici attraverso pratiche di definizione delle regole cliniche (scegliere le procedure, seguirle, verificarle), raccolta dei dati di evidenza, aggiornamento del personale in base agli esiti intra- centro e della letteratura scientifica, con particolare attenzione a quello che è un diritto primario per ogni paziente portatore di CVC come AV: contenere le principali complicanze ovvero le infezioni e la trombosi dello stesso. Pleonastico qui ricordare che all'uopo si deve attendere al monitoraggio della corretta esecuzione delle procedure, al training e re-training del personale sull'applicazione delle stesse ottenendo la miglior disponibilità dell'ideoneo materiale (sterile).

Il movimento di FISTULA FIRST ha avuto un grande impatto di esito anche perché il personale infermieristico americano ne è stato fautore e autore attraverso i suoi organi ufficiali (12). L'infermiere nefrologico è presente in tutte le fasi della pratica e della gestione degli AV, di qualsiasi tipo esso sia, e ha dunque la grande potenzialità di attivare modifiche nella pratica a beneficio del paziente. Attendiamo i dati di questa ultima fase DOPPS per poter fare dei confronti con le nostre pratiche cliniche e i dati che nel frattempo possiamo raccogliere nelle nostre realtà.

Ultimo, ma assolutamente primo come importanza strategica, dobbiamo sostenere la creazione della figura del Coordinatore Infermieristico degli Accessi Vascolari (vascular access manager, vascular access nurse...), già ampiamente operativa nei Paesi anglosassoni (13, 14), portatrice di competenze cliniche avanzate, in grado di svolgere le attività di coordinamento tra i vari servizi ed operatori, di formazione e monitoraggio del personale, di raccolta dati. *Senza la creazione di specifiche figure di riferimento non si possono fare migliorie nella pratica clinica.* Ogni servizio che ha migliorato i dati, ha investito sulle proprie risorse umane. Le figure di competenza clinica avanzata sono spesso già presenti, e silenti, nei nostri reparti – tutti sappiamo riconoscere chi è motivato e lavora bene –; la loro definizione è prevista dall'ordinamento universitario (master) e in alcune realtà regionali queste figure sono già state contrattualmente riconosciute (15), indipendentemente dal titolo accademico.

*Indirizzo degli Autori:*

Marisa Pegoraro  
 Dialisi CAL Corsico  
 Via Travaglia 5  
 20094 Corsico, Milano  
 marisa\_pegoraro@fastwebnet.it

## Bibliografia

1. Van Waeleghem JP, et al. Management of Vascular Access in Europe. Part 1: a study on policy procedure. EDTNA/ERCA J 2000; 26(4): 29-42.
2. Saran R, Bragg-Gresham J, Rayner H, et al. Nonadherence in hemodialysis: Association with mortality, hospitalization and practice pattern in the Dialysis Outcome Practice Patter Study. *Kidney Int* 2003; 64: 254-62.
3. Rayner GH, Pisoni RL, Gillespie BV, et al. Creation, cannulation and survival of arteriovenous fistula: data from Dialysis Outcome Practice Patter Study. *Kidney Int* 2003; 63: 323-30.
4. Pisoni RL, Arrington CJ, Albert JM, et al. Facility hemodialysis vascular access use and mortality in countries participating in DOPPS: An instrumental variable analysis. *Am J Kidney Dis* 2009; 53: 475-91.
5. NKF-KDOQI. Clinical practice guidelines for vascular access. *Am J Kidney Dis* 2006; 48(Suppl 1): S248-72.
6. Siti consigliati: [www.era-edta.org](http://www.era-edta.org); [www.edtnerca.org](http://www.edtnerca.org); [www.gavecelt.org](http://www.gavecelt.org); [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it); [www.pngl.it](http://www.pngl.it)
7. Marcutt G, Boogaerts M, Journal Club Discussion. October 2007. Button hole needling: should this become the



- default technique for dialysis patients with native fistulas? JRC 2008; 34: 101-08.
8. Harting V, Smith W. Everyone should button hole: a novel technique for a regional Australian Service. JRC 2009; 35: 114-9.
  9. King J. Implementing the Button hole method using the biohole peg in a busy dialysis unit: a report on the development of current practice. JRC 2009; 35: 192-200.
  10. Van Loon MM, Goovaerts T, Kessels AGH, Van der Sande FM, Tordoir JHM. Button hole needling of arteriovenous fistulae results in less complication compare to rope-ladder technique. Nephrol Dial Transplant 2010; 25: 225-30.
  11. Bonforte G, Pogliani D, Brenna S, et al. Validation of QB stress test as a usefull tool in the detection of native arteriovenous fistula stenosis: results after 22 months of follow up. Nephrol Dial Trasplant 2010; 11: 1-7.
  12. Mapes D. Nurses' impact on the choice and longevity of vascular access. Nephrol Nurs J 2005; 32 (6), 670-4.
  13. King B. The Vascular Access Coordinator Role, an interview to Donna Carlton. Nephrol Nurs J 2005; 32 (6) 688-90.
  14. D'Anne R, Ball L. The Fistula Force – a Team Approach to Fistula First. Nephrol Nurs J 2006; 33(2) 223, 227-228.
  15. Si consiglia di visitare il sito [www.nursingup.it](http://www.nursingup.it), nella sezione della regione Trentino Alto Adige.
-