

Educazione all'accesso vascolare

Luigi Tazza

*Gruppo di Studio degli Accessi Vascolari della Società Italiana di Nefrologia
Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Istituto di Clinica Chirurgica,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*



Dal confronto tra le esperienze di alcune aree italiane e degli Stati Uniti sugli accessi vascolari utilizzati per emodialisi risulta evidente l'esistenza di una marcata eterogeneità di comportamenti. Ritengo che sicuramente, dietro ogni singolo comportamento, ci siano dei motivi sociali, economici e organizzativi strettamente coinvolgenti. A mio giudizio il rischio è che i singoli operatori, pressati dalle varie contingenze, si accontentino di adeguarsi a uno o all'altro comportamento, in base alle necessità e convenienze del momento. Certamente ogni operatore dovrà continuare quotidianamente a mediare tra il benessere e la sicurezza del paziente che sta curando e innumerevoli fattori "negativi". Mi riferisco a vistose insufficienze nella prevenzione, insufficienti disponibilità diagnostiche/operatorie, costi sanitari elevati.

Quindi ritengo che per aiutare l'operatore degli accessi a non dover optare ogni volta per il "male minore" utilizzando al meglio i pochi mezzi disponibili, sarebbe utile favorire la crescita di una solida *cultura comune*, ancora limitata in tale

campo. Come potrebbero altrimenti spiegarsi, negli U.S. il ritardo alla diffusione della fistola nativa o, in molte parti del mondo, l'uso intensivo dei seppur utili cateteri venosi?

Per una consistente crescita della cultura comune sottolineo l'importanza di un *programma educativo diretto a ottenere i migliori risultati utilizzando razionalmente i mezzi disponibili*.

Per gli accessi vascolari (AV) il concetto di educazione è lontano sia dai "consigli dell'esperto" che dalle limitazioni o indicazioni imposte da rigidi regolamenti. Anche il concetto di linee guida basate sull'evidenza, inteso attualmente nell'accezione di indicazioni consigliate sulla base della letteratura, costituisce solo una parte del ben più complesso processo educativo.

Per educazione comunemente si intende *il metodico conferimento o apprendimento di principi intellettuali, validi a determinati fini, in accordo con le esigenze dell'individuo e della società* (Devoto-Oli).

I principi intellettuali che sono alla base dell'allestimento e della conservazione degli AV, non sono al momento, a mio giudizio, sufficientemente conosciuti e condivisi egualmente tra tutti i confezionatori e utilizzatori degli AV.

Diversi fattori hanno impedito di fatto, negli AV, lo sviluppo di tecniche omogenee, come invece è accaduto nel campo del trattamento dialitico. Certo esistono diffusi consensi su singoli argomenti e abitudini operative comuni alla stragrande maggioranza degli operatori italiani degli AV, ma la consapevolezza e condivisione dei principi è ancora insufficiente.

Vorrei elencare e brevemente delineare quelli che a me sembrano attualmente i principali argomenti che richiedono un protratto sforzo comune di analisi, maturazione e diffusione -in altre parole una *educazione*- utile al miglioramento dei risultati dell'accesso vascolare

Tempo di presentazione del nefropatico

Molti soggetti giungono tardivamente ad affrontare il problema dell'AV perché non conoscono la possibilità che la propria malattia conduca all'insufficienza renale o non sospettano che l'evoluzione può essere rapida. Inoltre quasi tutti ignorano il costo del *late referral*, alcuni addirittura sperano che ritardare l'allestimento dell'AV possa in qualche modo convincere il nefrologo a ritardare il temuto inizio della dialisi.

Sensibilizzazione dei medici

La diffusione delle malattie cardiovascolari sommata all'allungamento della vita media fa sì che pochi soggetti possano realmente sperare di non sviluppare mai, neanche alla fine della vita, un danno renale.

La diffusione dei soggetti in emodialisi è elevata. Un tasso di prevalenza crescente (che è arrivato nel 2000 a circa 700 x milione di abitanti) e uno di incidenza annuale di circa 130, giustificano a mio giudizio un cambiamento nella gestione generale del patrimonio venoso superficiale.

Il rischio di poter aver bisogno in futuro di un accesso vascolare emodialitico è decisamente sottostimato nella pratica ospedaliera.

Poche volte si vede scelta la puntura delle vene delle mani, pur presenti, cui viene preferita quella della vena cefalica o cubitale.

Le punture venose, ubiquitarie e indispensabili, meritano maggiore organizzazione e timing. I corsi per infermieri professionali andrebbero a tale scopo rivisti; i medici di ogni specialità dovrebbero studiare per ogni singolo caso di terapia infusione la convenienza tra punture ripetute all'arto superiore o l'apposizione di un catetere venoso centrale.

Volendo pensare a una prevenzione più specifica, per coloro che sono a rischio di sviluppare in tempi successivi l'insufficienza renale, ci si deve rivolgere al medico generico o specialista che lo segue per varie patologie extra-renali. Mi riferisco a diabete, ipertensione arteriosa, vasculopatie, alcune neoplasie ecc., condizioni a decorso protratto in cui, tra le molteplici necessità, c'è pure quella di studiare precocemente i vasi migliori e conservarli per un potenziale AV.

Istituzionalizzazione dello studio preoperatorio

Anche per i nefropatici seguiti presso un ambulatorio nefrologico spesso il confezionamento dell'accesso vascolare può risultare tardivo o inopportuno. È ancora diffusa la convinzione che, "quando sarà il momento", qual-

cuno farà una fistola al polso di sinistra. Di solito la responsabilità della difficile comunicazione al paziente del declino funzionale e della necessità dell'AV è frazionata in più incontri e tra più sanitari. Per il paziente non è facile riconoscere la necessità di pensare all'AV mentre si continua la terapia conservativa.

È insomma comune che i soggetti con problemi vascolari non riconosciuti arrivino al tavolo operatorio senza essere stati studiati, col risultato di insuccessi precoci che avrebbero potuto essere evitati.

Così come è comune, e in parte certo inevitabile, che molti inizino l'emodialisi con un catetere venoso acuto. Maggiori sforzi vanno fatti in tal senso per ridurre i cateteri venosi al minimo. Si potrebbe iniziare istituzionalizzando la compilazione, al momento della prima dialisi, di una epicrisi dei motivi che hanno condotto all'uso di quel tipo di AV e non di altri.

Utilizzo delle FAV protesiche

Tale accesso viene giustamente riservato in Europa solo a soggetti con problemi particolari o precedenti insuccessi, che ne abbiano specifica indicazione. In Italia il suo impianto non è alla portata di tutti i Centri confezionatori e il suo utilizzo risulta ampiamente variabile, tra il 2% e il 18%, a seconda delle aree geografiche. Ne risulta che le specifiche competenze mediche e infermieristiche indispensabili alla corretta gestione (modalità di puntura, monitoraggio funzionale, trattamento delle complicanze) possono ancora essere migliorate in diversi Centri.

Trombosi della vena succlavia

La stenosi o la trombosi della vena succlavia, come conseguenza di precedenti incannulazioni, rappresenta una delle condizioni che maggiormente ostacolano l'ottenimento di un AV arterovenoso stabile. Nonostante ciò è ancora elevato il numero di anestesisti, cardiologi, rianimatori e nefrologi che usano tale vena come prima scelta. Così come capita che studi clinici o strumentali atti a documentare la presenza monolaterale

di tale affezione non vengano programmati prima della scelta del lato della fistola.

Registro degli accessi

Le numerose pubblicazioni scientifiche riguardanti gli AV offrono risultati parziali e spesso contrastanti sui risultati degli stessi. Difatti solo da poco tempo sono disponibili, e limitatamente ad alcune aree geografiche, dati epidemiologici sugli accessi, basati prevalentemente su dati retrospettivi.

Mentre per i trattamenti di dialisi è ormai consolidata l'abitudine a registrare e rendere pubblici i risultati (numero e tipo di dialisi, pazienti trattati, mortalità e complicazioni) per gli AV non esistono – tranne poche eccezioni – registri dettagliati.

Il Gruppo di Studio Accessi Vascolari della Società Italiana di Nefrologia ha messo in atto iniziative tendenti a diffondere metodiche omogenee per la raccolta dei dati sul confezionamento e mantenimento degli AV, da cui scaturirà un Registro prospettico degli AV. Tra le principali difficoltà quella di raggiungere tutti i confezionatori e di organizzare un follow-up che segua il paziente.

Il lavoro è complesso, ma indispensabile per conoscere i reali risultati dei singoli protocolli di confezionamento e gestione degli AV.

Per il "metodico conferimento di principi intellettuali" è infine indispensabile la contemporanea presenza di qualcuno che tali principi ritiene di possederli già ed è disposto a trasmetterli, e di altri che ardentemente desiderano apprendere.

Questi ultimi, per essere efficacemente coinvolti, necessitano del giusto numero di informazioni, espresse in modo chiaro e semplice.

Il processo di apprendimento è ripetitivo, può essere noioso, richiede perciò al docente doti di metodo e di comunicatività non indifferenti.

Invito pertanto tutti i cultori di accessi vascolari a mettere a disposizione degli altri la propria esperienza e a intraprendere il faticoso ruolo di educatori.

