



TRIAGE DELL'ACCESSO VASCOLARE NEL PAZIENTE CON IRC E INTEGRAZIONE DEI VARI PROFESSIONISTI COINVOLTI.

Jacopo Bartoccini¹, Francesco Patera¹, Damiano Lucaroni¹

¹Azienda Ospedaliera di Perugia, U.O. Nefrologia e Dialisi

Introduzione

L'insufficienza renale cronica (**IRC**) è una condizione clinica in cui i reni sono danneggiati ed è irrimediabilmente compromessa la loro capacità funzionale (depurazione, rimozione dei liquidi e produzione di ormoni).

Un'indagine condotta dalla Società Italiana di Nefrologia (**SIN**), e presentata in occasione del 59° Congresso Nazionale SIN, ha evidenziato che la prevalenza della IRC interessa il 7% nella popolazione italiana, ma raggiunge valori fino al 50% in presenza di diabete, ipertensione arteriosa, obesità e dislipidemia.

La sintomatologia è spesso scarsamente evidente fino a che il danno renale non è oramai in stadio avanzato. Vicariare la funzione renale, auspicabilmente in attesa di un trapianto di organo, richiede un trattamento sostitutivo continuo ed oneroso (sia in termini di tempo/costi, sia in termini di impegno profuso dal caregiver e dal paziente stesso).

Le opzioni possibili per fare questo sono la dialisi peritoneale (in caso di pazienti ancora maggiormente attivi ed autonomi) o l' **emodialisi extracorporea** (solitamente necessaria laddove età e comorbidità si fanno maggiormente sentire). Mediamente, con una certa variazione a livello regionale, l' 80% dei pazienti dializzati si avvale della metodica extracorporea svolta prevalentemente in ambito ospedaliero o comunque ambulatoriale.

Un prerequisito fondamentale per una efficienza dialitica extracorporea ottimale è rappresentato da un **accesso vascolare** ben funzionante che possa garantire un flusso ematico cospicuo e costante attraverso il monitor di dialisi ed il filtro dializzatore.

La tipologia di accesso vascolare maggiormente indicato per un trattamento a lungo termine (nell' ottica di affidabilità, comfort del paziente e contenimento di complicazioni post realizzazione) è rappresentato dalla **fistola artero-venosa (FAV)** ¹. Ecco quindi sorgere la necessità di strumenti metodologici che possano favorire l' infermiere (di struttura e di famiglia) nella sorveglianza del corretto funzionamento nel tempo della FAV. La nostra proposta in tal senso è rappresentata da una scala di valutazione rapida che consente di riconoscere precocemente eventuali problematiche e di assegnare loro un codice di gravità-priorità standardizzato.

Metodologia

Ad ogni valutazione del paziente l'infermiere di famiglia, tramite una scheda appositamente preparata, assegna un codice colore (**fig.1**) alla condizione della FAV in base ai risultati di ispezione, palpazione ed auscultazione (**fig.2**)

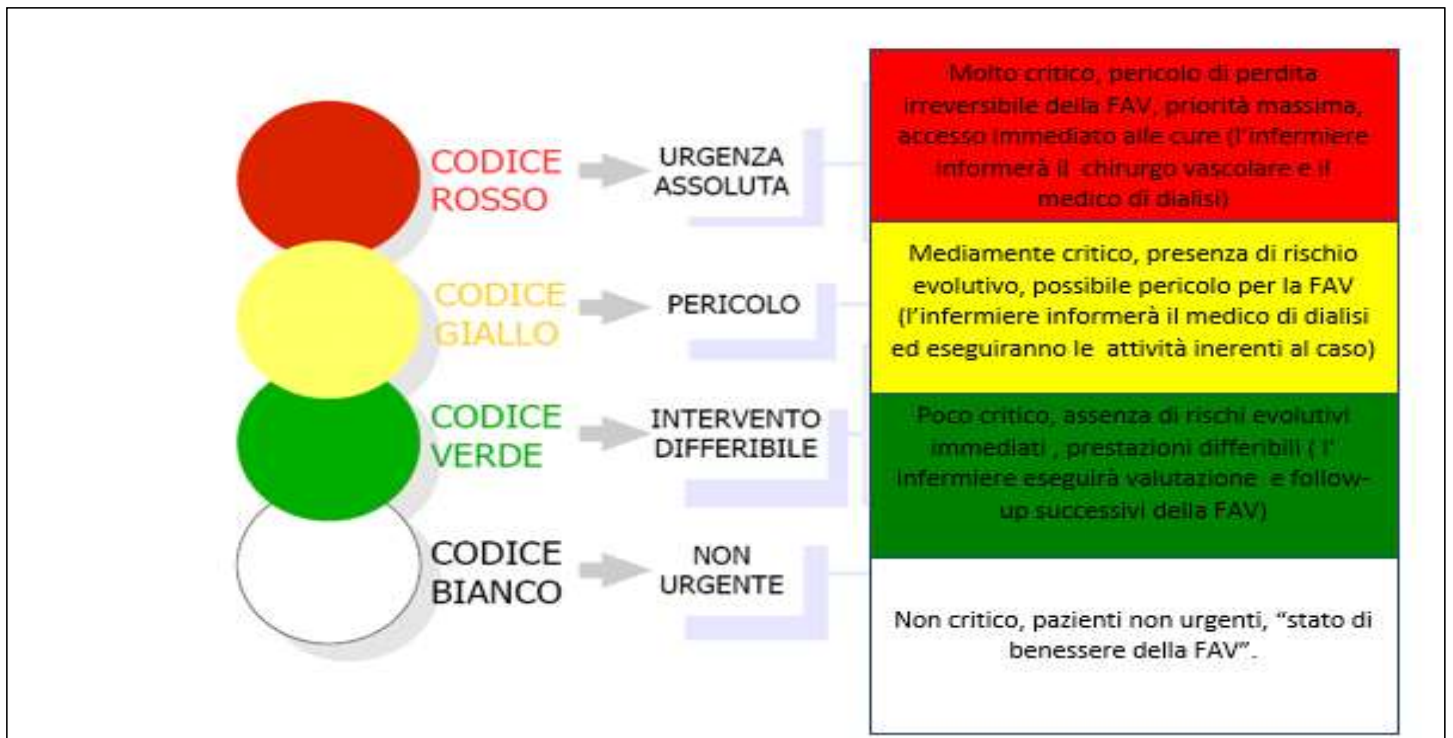


Fig.1

- **Fallimento della maturazione della FAV** ●
- **Ematoma/infiltrazione (Nuova evoluzione)** ●
- **Ematoma/infiltrazione (Stabile)** ●
- **Flusso ematico < 250 ml/min in HD standard e < 300 in HD alto flusso** ●
- **Segni di infezione** ●
- **Segni di aneurisma** ●
- **Segni di sindrome da "furto" (segni di ischemia acuta, ulcere)** ●

Ispezione	Si indagherà eventuale presenza di edema, arrossamento, gonfiore, livore, ematomi, eruzioni cutanee, sanguinamenti, essudazioni, aneurismi o pseudo-aneurismi.
Palpazione	Si indagherà andamento della pulsazione, cambio di temperatura, colore atipico, consistenza. Direzione del flusso, caratteristiche del flusso lungo la fistola (fremito o pulsazione). N.B. Il fremito dovrebbe essere avvertito come una vibrazione continua, non come una forte pulsazione.
Auscultazione	Auscultazione del soffio lungo la vena per valutare qualità e ampiezza del suono. N.B. Il soffio – un suono sibilante – dovrebbe essere forte e continuo; ogni suono connesso a quello precedente.

Fig. 2

Tali osservazioni^{2 3} vengono integrate con quelle dell'infermiere di dialisi per quei parametri non osservabili a domicilio (fra cui, principalmente, il Flusso Ematico che è possibile mantenere durante il trattamento dialitico). In alcuni casi l'attività di valutazione potrebbe svolgersi anche tramite intervista telefonica o simili. Quando si è in presenza di ematoma/infiltrazione si eseguiranno tre follow up nell'arco di una settimana e se non vi è miglioramento si passerà al codice giallo attivando le attività multidisciplinari. In presenza di tre codici

verdi inerenti al Flusso Ematico inadeguato verificatisi in tre diverse sedute dialitiche, si passerà direttamente al codice giallo e quindi si attiveranno i percorsi multidisciplinari per prevenire la chiusura della FAV; il codice bianco verrà utilizzato per indicare il buon funzionamento della FAV.

Al proprio domicilio il paziente (dopo opportuno intervento educativo operato dall' infermiere) dovrà sempre:

- controllare sempre la presenza del "thrill". Se si avvertono modificazioni o l'assenza del thrill rivolgersi immediatamente al centro dialisi;
- segnalare la presenza di dolore, intorpidimento, gonfiore, calore;
- eseguire gli esercizi consigliati per favorire lo sviluppo della FAV;
- non indossare indumenti con maniche molto strette;
- non indossare l'orologio sulla FAV;
- non effettuare la misurazione della pressione arteriosa, non effettuare prelievi ematici o terapie infusionali sul braccio della FAV;
- evitare di sollevare oggetti molto pesanti;
- proteggere il braccio dagli urti.

Conclusioni

Nel nostro centro di riferimento, l' Ambulatorio di Emodialisi della A.O. di Perugia, a fine 2021 sono presenti 132 pazienti di cui 110 portatori di FAV. Per nostra esperienza troviamo confermato il dato secondo cui il 25% circa delle ospedalizzazioni dei pazienti sottoposti ad emodialisi è dovuto a problematiche inerenti l' accesso vascolare⁴. Risulta quindi evidente che questo project work, relativo alla creazione di un sistema di triage per il riconoscimento repentino⁵ delle complicanze della FAV, potrebbe portare a risultati estremamente positivi nell' arco di un periodo di applicazione di soli 6 mesi (sia in termini di outcome per il paziente sia in termini di riduzione dei costi legati ai ricoveri). La maggiore efficienza si avrebbe con la concomitante implementazione della figura dell' infermiere di famiglia⁶ e con la sua collaborazione puntuale con quello di dialisi.

Bibliografia e sitografia

1. NKF-K/DOQI: III.NKF-K/DOQIClinical PracticeGuidelines for Vascular Access: Update 2000. Am J Kidney Dis 37[Suppl 1]: S137–S181, 2001
2. Vascular Access Work Group Clinical practice guidelines for vascular access. American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation 2006 Jul;48 Suppl 1:S248-73
3. Garcia Iglesias. A. et all 2015. Accessi vascolari per emodialisi. M.T. Perisotto, J. Pancirova (Eds), Accesso vascolare puntura e cura, pp 126-134 Madrid Spagna Inprenta Tomas Hermanos.
4. B.Parente. (2018) Accessi vascolari. Processo miglioramento accessi vascolari. Perugia. 1-101
5. Tavolaro. A. (2017) Fistola artero-venosa, gestione infermieristica in emodialisi.31/01/2019 <https://www.nurse24.it/studenti/risorse-studenti/fistola-artero-venosa-gestione-infermieristica-in-emo-dialisi.html>
6. Antonelli.D (2017). La valutazione delle tecnologie a supporto della presa di decisionali da parte dell'Infermiere di famiglia L.Ferrario,E.Foglia,E.Garragiola,E.Porazzi.L'Infermiere di famiglia e cure primarie.pp123-147.Padova:piccin