

Ancora molta strada da percorrere...

La venipuntura centrale ecoguidata in Italia

Mauro Pittiruti

Convegno a Viterbo, 24 maggio 2008:
a proposito della venipuntura ecoguidata, ecco le
proteste di A.C., primario anestesista di Brescia

- ☐ *Faccio l'anestesista da 30 anni, non posso mettermi a fare l'ecografista... è possibile che si debba imparare tutto?*
 - ☐ *Non abbiamo soldi per l'ecografo... abbiamo i respiratori del 1982, dobbiamo lavorare con quello che c'è*
 - ☐ *Mettiamo i CVC nei reparti, non possiamo portarci mica l'ecografo appresso...*
 - ☐ *Ho parlato con un mio amico medico legale, che mi ha detto che le linee guida USA in Italia non contano*
-

Faccio l'anestesista da 30 anni, non posso mettermi a fare l'ecografista... è possibile che si debba imparare tutto?

- ❑ Tutto no. Ma è nostro dovere imparare quelle variazioni di tecnica che ci permettono di effettuare le manovre strumentali con maggiore garanzia di sicurezza per il paziente e maggiore costo-efficacia.
 - ❑ L'alternativa ovviamente è di non effettuare più tali manovre e lasciarle fare a chi le sa fare.
 - ❑ E' da notare poi che utilizzare l'ecografo a scopo di perfezionare la precisione di una certa metodica strumentale (si pensi ad esempio alle biopsie epatiche ecoguidate) è ben diverso da formulare diagnosi sulla base di un reperto ecografico.
-

Non abbiamo soldi per l'ecografo... abbiamo i respiratori del 1982, dobbiamo lavorare con quello che c'è

- ❑ Gli ecografi portatili dedicati alla venipuntura ecoguidata oramai costano meno di € 10,000. L'occorrenza di un pneumotorace costa all'azienda ospedaliera dai € 5,000 ai 15,000. Evitare anche due soli casi di pneumotorace già ripaga dell'acquisto dell'ecografo (si vedano i lavori di Hind e Calvert).
 - ❑ Un primario dovrebbe valutare la opportunità o meno dell'acquisto di un nuovo strumento (e della introduzione di una nuova metodica) sulla base dell'effettivo miglioramento clinico che esso comporta, in termini di (a) sicurezza, (b) costo-efficacia, (c) efficienza aziendale. La metodica della venipuntura centrale ecoguidata si è dimostrata preferibile sotto tutti e tre questi aspetti.
-

Mettiamo i CVC nei reparti, non possiamo portarci mica l'ecografo appresso...

- ❑ Il mercato ci offre oggi ecografi estremamente piccoli e portatili (e di costo assai contenuto), che possono essere utilizzati non soltanto nei reparti, ma perfino a domicilio del paziente (ad esempio, per l'apposizione di PICC o Midline in un paziente in cure palliative non più trasportabile).
 - ❑ Ovviamente, secondo le linee guida vigenti, l'apposizione dei CVC nei reparti è consigliabile soltanto per i CVC non tunnellizzati a breve termine e per i cateteri venosi centrali ad inserzione periferica (PICC), e comunque va attuata adottando le massime protezioni di barriera.
-

Ho parlato con un mio amico medico legale, che mi ha detto che le linee guida USA in Italia non contano

- ❑ E' ovvio che la nostra pratica quotidiana deve essere 'patient-oriented': occorre fare quello che è più sicuro per il paziente non per preoccupazione medico-legale, ma per l'interesse del paziente !
 - ❑ Ciò non toglie che nel corso di un eventuale dibattimento giudiziario per danni conseguenti ad un incannulamento venoso centrale, la vasta letteratura anglosassone (meta-analisi, consensus, linee guida e 'position statement' emessi da ACS, AVA, EPIC, ESPEN, BCSH, NICE, etc.) che dimostra al di là di ogni ragionevole dubbio l'importanza e la efficacia della venipuntura ecoguidata non potrà non avere un peso determinante anche in un tribunale italiano.
-

Quanti vostri colleghi conoscete che
ragionano come il primario
anestesista A.C. ?

Ecco cosa succede in Gran Bretagna...

Daily Telegraph,
18 novembre 2008

Tragic mistake Doctor punctured woman's jugular



Sally Thompson died before a transfusion could be carried out

A young woman died after a doctor punctured a vein in her neck, an inquest heard.

Sally Thompson, 20, who suffered from a rare blood disorder, had been taken to hospital after collapsing.

When she began to fit, doctors tried to put a tube into her jugular to give her drugs, but pierced the vein twice and she lost about three litres of blood into her chest. She was dead by the time replacement blood arrived at her bedside for a transfusion.

Her death in August 2005 could have been avoided if doctors at Manchester Royal Infirmary had used ultrasound to locate the vein, as recommended by the National Institute for Health and Clinical Excellence, the inquest at Manchester Coroner's Court heard.

Dr Jaydeep Mandal, a registrar in anaesthetics at the hospital at the time, had instead used the "landmark technique", judging the vein's location relative to other parts of the body. Dr Mandal, now a consultant at Wythenshawe Hospital, said: "According to our guidelines, the patient was low risk, so the landmark technique was agreed upon."

The inquest continues.