

Anarchia o rigidità? Meglio un'intelligente guida per il nostro lavoro

Dott. Michele Vitacca

UO Pneumologia Riabilitativa e
Terapia Intensiva Respiratoria
Centro Medico di Lumezzane (BS)
Fondazione S. Maugeri IRCCS

La tentazione professionale di utilizzare la propria esperienza sempre e comunque, nella nostra pratica clinica può a volte sfociare nell'anarchia, nella autodeterminazione o nella auto-referenzialità. Il confine delicato tra libertà personale e condivisione di linee guida e raccomandazioni è l'assillo quotidiano delle nostre giornate. Eppure in era di Qualità, di risparmio, di certificazione non si può non fare i conti con protocolli, percorsi, flow chart, flussi, piani ecc. Il vocabolo "Protocollo" deriva dalla unione di due parole greche "PROTOS + KOLLAN" cioè incollare insieme. Un protocollo è quindi un consenso, un piano standardizzato assistenziale, una carta di lavoro in accordo a variabili, misurabili oggettivamente, per arrivare a rigide argomentazioni, punti finali e domande a catena che permettono di sistemare un'attività sanitaria nel giusto momento per ridurre il tempo da spendere per eseguirla.

In campo respiratorio riabilitativo, due sono gli argomenti che hanno interessato e assillano pneumologi, rianimatori, infermieri e fisioterapisti: il distacco da un ventilatore meccanico e il distacco da una cannula tracheale. Spesso i medici non sono in grado di riconoscere il momento esatto in cui i pazienti sono veramente in grado di essere scollegati da un ventilatore o essere estubati. Alcuni studi hanno, infatti, dimostrato che pazienti che accidentalmente si auto-estubano (nel 23% dei ventilati continuativamente e nel 69% dei casi che avevano già iniziato un percorso di svezzamento) non richiedono l'immediata reintubazione. È stato visto pure che circa il 35% di pazienti considerati come insvezzabili, quando vengono seguiti da un'equipe specializzata e dedicata, vengono estubati o scollegati dal ventilatore senza grossi sforzi e tentativi.

La letteratura recente e un articolo (Quintiliani M. Lo svezzamento dalla ventilazione meccanica prolungata: presentazione di alcuni casi clinici. Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria 2007; 2; 10-22.) pubblicato nel numero della rivista, presentano una realtà emergente e nuova (almeno in Italia) di un gruppo sanitario formato da medici, infermieri e fisioterapisti respiratori dedicati allo svezzamento. Il piano di svezzamento consiste nel registrare quotidianamente indici funzionali respiratori e cardiovascolari in grado di orientarci nella corretta scelta del quando e del come svezzare un paziente da un ventilatore. La letteratura ha confermato che uno screening giornaliero con protocolli dedicati e tentativi di Respiro Spontaneo riducono il tempo di intubazione, l'incidenza di auto-estubazione, l'incidenza di tracheotomie, i costi, le necessità di reintubazioni, il rischio di polmonite da ventilazione. Il messaggio forte è che occorre pensare allo svezzamento il più precocemente possibile in quanto la maggior parte dei pazienti si svezza con il primo

tentativo messo in atto. La recente Consensus Conference sullo svezzamento, svoltasi a Budapest, ha definito correttamente tre gruppi di pazienti:

1. Pazienti semplici da svezzare (intubati) che usualmente riescono al primo tentativo e senza alcuna difficoltà ad essere estubati.
2. Pazienti con difficoltà allo svezzamento che falliscono il primo tentativo e che richiedono fino a tre tentativi ripetuti in un lasso di tempo di 7 giorni dal primo test del distacco per essere estubati o scollegati.
3. Pazienti con prolungato svezzamento (tracheostomizzati) che falliscono almeno tre tentativi di estubazione o che richiedono almeno 7 giorni di svezzamento.

Questi tre gruppi presentano diverse necessità, diversi punti di partenza fisiopatologici, diverse modalità di approccio e ovviamente diverse necessità di protocolli assistenziali. Sulla scorta delle recenti linee guida, della personale esperienza e del lavoro presentato sulla rivista, possiamo dare qualche raccomandazione sull'uso dei protocolli durante lo svezzamento:

- I protocolli e le linee guida non possono essere ignorati nella nostra pratica clinica.
- Il test del respiro spontaneo deve essere eseguito più precocemente possibile e deve essere ripetuto nel tempo.
- I protocolli dedicati allo svezzamento sono strumenti necessari come feedback mentale per giovani medici, per reparti di Terapia Intensiva con alto *turn over* di personale, per reparti con rapido cambiamento di *expertise*, per reparti dove i curanti non aderiscono facilmente alla pratica di usare linee guida.

- I protocolli dedicati sembrano maggiormente utili nei centri di svezzamento, nei pazienti definiti con difficile svezzamento e nei pazienti con BPCO.
- Le limitazioni maggiori sono la mancanza di generalizzazione d'uso, causa la presenza nelle Terapie Intensive di diverse patologie e diverse condizioni.

Per riassumere, i protocolli dedicati allo svezzamento:

1. Dovrebbero essere usati routinariamente durante il primo tentativo di weaning.
2. Non devono rappresentare una rigidità ma piuttosto una guida alla cura.
3. Possono aiutare in modo efficace a liberare i pazienti dalla ventilazione meccanica riducendo non necessari o pericolosi approcci soggettivi.

Un secondo importante argomento che coinvolge il gruppo sanitario pneumologico è la capacità di decidere quando e come decannulare i nostri pazienti tracheostomizzati sia in ospedale che seguiti presso il domicilio. Sempre più frequentemente si verificano richieste di visite specialistiche pneumologiche al letto del malato o al domicilio a pazienti portatori di tracheotomia. Tale incremento è in linea con l'aumentata sopravvivenza ed il numero crescente di pazienti tracheostomizzati presenti sul territorio. Purtroppo la letteratura non ci aiuta molto nella scelta dei criteri di decannulazione perché non esistono linee guida o metanalisi di lavori che si siano occupati di questo argomento. Le conoscenze del fisioterapista respiratorio su tale argomento sono essenziali qualora sia inserito nel team che si occupa delle decisioni sul mantenimento o la rimozione della cannula

tracheostomica. In questo numero, il già citato articolo cerca di mettere ordine su quelli che sono i criteri di decannulazione ed il ruolo del terapista respiratorio.

Sembra si possa riassumere che criteri indispensabili per la decannulazione siano la stabilità clinica, l'integrità anatomica tracheale, l'assenza di disfagia, la sopportazione di ore consecutive di chiusura della cannula, una accettabile forza muscolare inspiratoria ed espiratoria. Anche per la decannulazione occorre quindi farsi aiutare da protocolli e flow chart operative che possono evitare spiacevoli ed incogruue decisioni (posticipare una decannulazione o accelerarla erroneamente).

L'uso di specifici protocolli guidati da parte del terapista respiratorio determina insomma:

- Standardizzazione di trattamenti all'interno di una stessa istituzione.
- Miglioramento degli outcome.
- Riduzione dei costi perché si aboliscono trattamenti non necessari.
- Il coinvolgimento del terapista respiratorio al posto del medico, non sempre disponibile nella quotidiana gestione di pazienti cronici.
- Aiuto a minimizzare gli errori.
- Aiuto a migliorare l'efficacia dei trattamenti disponibili.
- Un importante valore educativo.

In conclusione, è chiaro che ogni protocollo deve essere regolarmente rivisitato, non deve essere di intralcio con l'esperienza clinica dello staff e deve essere una intelligente guida al nostro lavoro quotidiano. Un regolare buon uso di flow chart e di protocolli sanitari porterà inevitabilmente al fatto che quando tale approccio sarà entrato nel cervello del curante esso

non potrà più essere estirpato chirurgicamente.

(When a protocol is krept into the clinicians' brain it cannot be extirpated surgically, M.J. Tobin).

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Boles J-M, Bion J, Connors A, Herridge M, Marsh B, Melote C, Pearl R, Silverman H, Stanchina M, Vieillard-Baron A, Welte T. Task Force Weaning from mechanical ventilation. *Eur Respir J* 2007; 29: 1033-1056.

Esteban A, Alia I, Tobin MJ, Gil A, Gordo F, Vallverdu I, Blanch L, Bonet A, Vazquez A, Pablo RD, Torres A, Cal M, Macias S. Effect of spontaneous breathing trial duration on outcome of attempts to discontinue mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 512-518.

Durbin CG Jr. Therapist-driven protocols in adult intensive care unit patients. In: Stoller JK, Kester L

(eds): *Respiratory Care Clinics of North America*. 1996; 2: 105-116.

ACCP, AARC, ACCCM task force. Evidence based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support. *Chest* 2001; 120:375s-395s.

Vitacca M, Vianello A, Colombo D, Clini E, Porta R, Bianchi L, Arcaro G, Guffanti E, Lo Coco A, Ambrosino N. Comparison of two methods for weaning COPD patients requiring mechanical ventilation for more than 15 days. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 225-230.

Ely EW, Baker AM, Dunagan DP, Burke HR, Smith AC, Kelly PT, Johnson MM, Browder RW, Bowton DL, Haponik EF. Effect of the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously. *N. Engl. J. Med.* 1996; 335: 1864-1869.

Kollef MH, Shapiro SD, Silver P, John RE, Prentice D, Sauer S, Ahrens TS, Shannon W, Baker-Clinkscale D. A randomized, controlled trial of protocol-directed versus physician-directed weaning from mechanical ventilation. *Crit Care Med* 1997; 25: 567-574.

Ely EW, Bennett PA, Bowton DL, Murphy SM, Florance AM, Haponik EF. Large scale implementation of a respiratory therapist-driven protocol for ventilator weaning. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 439-446.

Dries DJ, McGonigal MD, Malian MS, Bor BJ, Sullivan C. Protocol driven ventilator weaning reduces use of MV rate of early reintubation and VAP. *J Trauma* 2004; 56: 943-952.

Krishan JA, Moore D, Robeson C, Rand CS, Fessler HE. A prospective controlled trial of a protocol-based strategy to discontinue mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 169:673-678.

Ceriana P, Carlucci A, Navalesi P, Rampulla C, Delmastro M, Piaggi G, et al. Weaning from tracheotomy in long-term mechanically ventilated patients: feasibility of a decisional flowchart and clinical outcome. *Intensive Care Med* 2003; 29(5): 845-848.

Chadda K, Louis B, Benaïssa L, Annane D, Gajdos P, Raphaël JC, Lofaso F. Physiological effects of decannulation in tracheostomized patients. *Intensive Care Med* 2002; 28(12):1761-1767.