

# Choosing Wisely

## *Cinque pratiche per le quali i medici e i pazienti dovrebbero porsi delle domande*

### **1. Non iniziare una dialisi cronica senza aver garantito un processo decisionale condiviso con il paziente e i suoi famigliari.**

La decisione di iniziare la dialisi dovrebbe far parte di un processo decisionale individualizzato che coinvolge il paziente, i suoi famigliari e i suoi medici di riferimento. Il processo decisionale dovrebbe tra l'altro far emergere gli obiettivi e le preferenze del paziente e garantire che le informazioni essenziali sulla prognosi, i benefici attesi dal trattamento e i suoi rischi siano stati condivisi. Dati osservazionali suggeriscono che la sopravvivenza, negli adulti con numerose co-patologie, potrebbe non discostarsi in modo sostanziale tra i pazienti trattati con dialisi e quelli trattati in modo conservativo.

### **2. Non sottoporre i pazienti asintomatici con insufficienza renale avanzata a programmi di screening oncologici senza averne discusso rischi e benefici.**

A causa dell'alta mortalità dei pazienti con insufficienza renale avanzata/dialisi richiedente, i programmi di screening oncologico – mammografia, colonoscopia, determinazione del PSA, Pap-Test...- potrebbero non avere impatto sulla sopravvivenza. Risultati falsamente positivi potrebbero generare esami non necessari, diagnosi e trattamenti inadeguati e aumentare il carico di stress per il paziente. Lo screening oncologico richiede un approccio individualizzato che tenga conto dei fattori di rischio, dell'aspettativa di vita e della programmazione o meno di un trapianto.

### **3. Non utilizzare medicinali anti-infiammatori non steroidei (AINS) nei pazienti ipertesi, con insufficienza cardiaca, e/o con insufficienza renale cronica.**

L'impiego di AINS, inclusi gli inibitori della ciclo-ossigenasi tipo 2 (COX-2), per il trattamento farmacologico del dolore muscolo-scheletrico può aumentare la pressione arteriosa, rendere meno efficace la terapia anti-ipertensiva, causare ritenzione idrosodica e peggiorare la funzione renale. Altri medicinali come il paracetamolo, il tramadolo o, nel corto termine, gli oppiacei, potrebbero essere più sicuro e altrettanto efficaci.

### **4. Non dare il via ad una terapia con agenti stimolanti l'eritropoiesi (ESAs) in pazienti asintomatici portatori di un'insufficienza renale cronica con emoglobina $\geq 10$ g/dL.**

La somministrazione di ESAs in pazienti con insufficienza renale cronica con lo scopo di normalizzare l'emoglobina non ha dimostrato benefici in termini di sopravvivenza o morbilità cardiovascolare e potrebbe essere al contrario nociva se confrontata con trattamenti nei quali l'obiettivo è relativamente conservativo (emoglobina tra 9 e 11 g/dL). ESAs dovrebbero essere somministrati per mantenere l'emoglobina al livello più basso che garantisca di minimizzare l'impiego di trasfusioni rispettando i bisogni individuali.

### **5. Non inserire, se possibile, cateteri venosi in un braccio suscettibile di essere impiegato per la confezione di una fistola arterio-venosa nei pazienti con un'insufficienza renale stadio IV-V.**

La preservazione del patrimonio venoso nei pazienti con un'insufficienza renale stadio IV-V è fondamentale. Le fistole arterio-venose rappresentano il migliore accesso per l'emodialisi e offrono una migliore prognosi, sia in termini di mortalità che di morbilità rispetto ai graft o ai cateteri centrali. Punzioni venose eccessive ne danneggiano la struttura compromettendo la possibilità di utilizzarle per la confezione di una fistola arterio-venosa. PICC (cateteri venosi centrali inseriti perifericamente) e succlavie possono causare trombosi venose centrali e stenosi. Il coinvolgimento precoce dei nefrologi aumenta la probabilità che vengano utilizzate delle fistole arterio-venose e può evitare il posizionamento inappropriato di PICC e altri accessi venosi centrali