

PUNTURA AD OCCHIELLO O BUTTONHOLE

Tecnica di venipuntura della Fistola Arterovenosa (FAV)

Esperienza centro dialisi Como Azienda Ospedaliera S. Anna

30

Inf. R. Casarin, Inf. G. Verdiglione, Coord. Inf. R. Grilli, Dr G. Bonforte

INTRODUZIONE:

Le persone in trattamento emodialitico oggi hanno un'età biologica media elevata ed un maggior numero di comorbidità (vasculopatie, diabete, ecc.) che rendono il confezionamento chirurgico della fistola artero venosa (FAV) ed il suo mantenimento, parametri di elevata criticità assistenziale che necessitano di un approccio gestionale competente e strutturato. L'utilizzo di un accesso vascolare ben funzionante è indispensabile per effettuare una dialisi adeguata. La gestione degli accessi vascolari in emodialisi: FAV, protesi e cateteri venosi centrali (cvc), è una competenza infermieristica ormai diffusa e confermata da studi nazionali ed internazionali (EDTNA- Associazione Europea Infermieri Dialisi e Trapianto). I dati di evidenza clinica internazionale indicano che la FAV è l'accesso vascolare d'eccellenza per le persone in trattamento dialitico che permette un'ottima efficienza depurativa, una miglior qualità di vita ed una minore percentuale di morbidità (bassa incidenza di infezioni, minor rischio di mortalità) e minori costi di ospedalizzazione (dati DOPPS). Ricordiamo che il trattamento dialitico si svolge mediamente 3 volte alla settimana, con l'inserimento di due aghi di calibro medio grande (range da 17 a 14 gauge) in una vena periferica del braccio che riceve un flusso ematico amplificato da una connessione chirurgica con un'arteria periferica locale (FAV).

Nella pratica clinica ed in letteratura si riconoscono tre tipologie di attacco della FAV:

- puntura ad occhiello, inserendo l'ago sempre nello stesso sito ad ogni trattamento dialitico;
- puntura scala di corda, a sito multiplo, cambiando punto di inserzione ad ogni seduta dialitica, lungo il decorso cutaneo del vaso;

- puntura in area, concentrando le diverse inserzioni nella stessa area.

La puntura ad occhiello, con l'inserimento degli aghi mantenendo costante il sito di inserzione, è una metodica citata da Twardosky, medico polacco, nei primi anni '70, riproposta con discreto vigore negli ultimi anni non solo in Italia ma anche in buona parte dell'Europa. Sicuramente diversi sono i fattori che hanno determinato questo "nuovo" interesse, uno dei quali la sempre maggior attenzione alla persona in dialisi da parte di tutti gli operatori sanitari e la ricerca di nuove soluzioni atte a risparmiare il più possibile gli accessi vascolari.

La responsabilità è dell'infermiere che si occupa della gestione dell'accesso vascolare, in collaborazione del medico.

I criteri di scelta dei pazienti:

- pz. con FAV difficili o poco sviluppate
- pz. con patrimonio vascolare ridotto
- pz. con soglia del dolore elevata durante l'incanalazione
- autoincanalazione

Obiettivi della tecnica di puntura ad occhiello:

- riduzione della sintomatologia dolorosa
- riduzione delle cicatrici e miglior estetica del braccio
- riduzione della difficoltà all'attacco
- riduzione della formazione di aneurismi
- riduzione dei tempi di emostasi
- riduzione dei rischi di errore

Si ritiene che tale metodica sia ottimale in Centri di dialisi piccoli, con un turnover del personale infermieristico più contenuto e quindi più gestibile a livello organizzativo perché è importante, soprattutto durante la prima fase, che la venipuntura sia effettuata dallo stesso operatore. Per contro, l'esperien-



za che il ns.Centro sta accumulando da alcuni anni e che riguarda ben 70 pazienti, conferma che se c'è motivazione e condivisione, si possono superare le difficoltà organizzative. Nel Centro Dialisi di Como dializziamo abitualmente circa 200 pazienti, articolati su 3 turni giornalieri, assistiti da 10 infermieri per turno. Nell'aprile 2007, dopo una attenta valutazione e l'osservazione di esperienze in altri centri, abbiamo introdotto nel nostra Unità Operativa la tecnica della puntura ad occhiello. L'équipe di lavoro era composta inizialmente da 1 medico e da 3 infermieri i quali si sono alternati nella sala e nei turni dei pazienti arruolati per la puntura ad occhiello. Allo scopo è stata individuata una sala dialisi composta da 4 posti tecnici per un totale di 24 pazienti, ai quali è stato proposto un questionario iniziale le cui domande erano:

- Quanto incidesse il dolore durante la venipuntura
 - Quanto fosse prolungata l'emostasi allo stacco
- Valutate le risposte, abbiamo proposto loro la tecnica della puntura ad occhiello.

Ai 24 pazienti abbiamo esposto i possibili vantaggi e svantaggi di tale procedura e di questi, 17 hanno accettato. Solo 2 pazienti avevano FAV native di recente confezionamento, le restanti erano state confezionate anche molti anni addietro.

Con la collaborazione del medico abbiamo individuato i punti di incanalazione, per alcuni ex novo (2) e per altri (22) mantenendo quelli già esistenti ma privi di tessuto cicatriziale. Abbiamo seguito il protocollo che prevede per 8 sedute l'utilizzo di aghi taglienti per poi passare successivamente all'uso degli aghi smussi (appuntiti ma non taglienti) (8paz). In alcuni casi (9paz) si è dovuto riutilizzare l'ago tagliente per difficoltà alla puntura (effetto rimbalzo dell'ago). All'inizio abbiamo riscontrato difficoltà nella rimozione delle croste e per il sanguinamento intradialitico in sede di inserzione dell'ago stesso (motivo per l'esclusione di 4 pazienti). In un secondo tempo grazie all'acquisizione di maggiore esperienza e manualità nella procedura, questo problema non si è più verificato. Trascorsi circa tre mesi abbiamo somministrato nuovamente un questionario ai 13 pazienti rimasti nello studio osservazionale della

metodica per chiedere quali vantaggi avessero riscontrato con la nuova tecnica.

Tutti hanno risposto in modo positivo.

Il dolore legato all'incanalazione era notevolmente ridotto, assente con l'utilizzo degli aghi smussi (6pazienti) e per tutti l'emostasi allo stacco risultava meno prolungata.

I vantaggi riscontrati dagli operatori:

- nessuna probabilità di errore all'incanalazione;
- riduzione del tempo di emostasi;
- a distanza di un anno le FAV (2 paz) di recente confezionamento, non presentano aneurismi.

CONCLUSIONI

La tecnica di puntura ad occhiello è stata molto ben accolta. È una tecnica che piace alle persone in trattamento dialitico perché limita il dolore e l'ansia dell'incanalazione, mantiene una miglior estetica dell'arto e crea meno ematomi.

Al personale infermieristico piace per gli stessi motivi ma con priorità diverse: meno problematiche nella gestione delle FAV "difficili", meno errori di incanalazione, meno stress emotivo, percezione di "lavorare bene" e salvaguardare nel tempo gli accessi vascolari e i pazienti stessi.

Le aree in cui emerge la possibilità di implementazione sono:

- l'area informativa/formativa ai colleghi dei Centri che decidono di iniziare l'applicazione di tale metodica
- l'area tecnica nell'applicare il protocollo e nell'introdurre la metodica

Protocollo per la puntura ad occhiello:

1. Selezione dei siti più idonei
2. Disinfezione della cute: utilizzare disinfettante normalmente utilizzato
3. Rimozione croste con ago sterile 19/20 g (no ago fistola)
4. Ulteriore disinfezione dei siti di puntura
5. Inserzione degli aghi esattamente nello stesso punto in cui erano presenti le croste mantenendo la stessa inclinazione dell'ago.
6. Possibilità di utilizzare ago smusso (ago non tagliente) dopo circa 6-8 trattamenti

RIEPILOGO

ANNO	NUMERO PAZIENTI P.O	NUMERO PAZIENTI B.H	INFEZIONI
2007	21	0	0
2008	33	10	1 trattata con ATB per os/cambiati punti attacco
2009	51	18	0

