

PROTOCOLLO PER LA PUNTURA AD OCCHIELLO

Marisa Pegoraro - EDTNA-ERCA - Filiale Italiana

Questa tecnica di puntura è utilizzabile nelle fav native, siano esse distali o prossimali, primarie, secondarie o quant'altro. L'importante è che siano vasi nativi, elementi biologici. Non ci sono ancora dati che supportano l'uso di questa tecnica per gli innesti, materiali sintetici, per i quali la tecnica di puntura a scala di corda rimane mandatoria. Per provare ed affinare la tecnica di puntura ad occhiello è indicato scegliere e coinvolgere un all'inizio un numero limitato di pazienti. La criticità della tecnica dura tre settimane circa. Dopo tale periodo la metodica è strutturata e ci si potrebbe concentrare nuovamente su altri pazienti. La sequenza consigliata per iniziare ad applicare la tecnica di puntura ad occhiello è la seguente:

1. Selezione dei siti più idonei:

1. cute elastica,
2. tratto retto del vaso,
3. idoneità di eventuale autopuntura,
4. aree non infiammate,
5. non cicatriziali, o già troppo usate.

2. Disinfezione della cute

Usate il disinfettante e la tecnica normalmente utilizzata nel vostro centro

3. Rimozione delle croste:

1. insegnare al paziente di lavarsi il braccio e cercare di ammorbidire o togliere (per quanto possibile) le croste a casa,
2. posizionare garze bagnate per un tempo un po' maggiore del solito, sulle aree di puntura, per ammorbidire le croste.
3. per eliminare i residui di croste, usare un ago sterile da intramuscolo/endovena (19/20G)
4. assolutamente non usare l'ago della fistola, per la loro rimozione
5. verificare se nella vostra prassi vi sono situazioni specifiche che possono essere attuate (es. cerottino con pomata anticoagulante da mettere sulla crosta prima di uscire di casa per andare in dialisi)

Ri-disinfezione dei siti di puntura

1. Inserimento degli aghi esattamente nello stesso punto in cui vi erano le croste.

E' importante andare esattamente nello stesso punto.

2. Usare per 6-8 sedute di dialisi gli aghi normali.

In questo periodo, possibilmente un solo pungitore, o un numero limitato di pungitori tra loro in sintonia.

In questo periodo, nel punto in cui si inseriscono gli aghi, si forma un piccolo cono (imbuto, invito, microarea cicatriziale) in cui il paziente ha la sensibilità ma non il dolore. Il tessuto in questo micro spazio è fibroso, cicatriziale, ma tutto il tessuto cutaneo e sottocutaneo intorno è integro, elastico, tonico. E' importante mantenere lo stesso angolo di inserzione nella cute. Se il paziente è idoneo e desideroso di pungersi, è consigliabile in questa fase sostenerlo, guidarlo, educarlo alla tecnica.

Passare all'uso dell'ago non tagliente (Bio-hole, Nipro Italia).

L'esperienza e l'acquisizione della pratica sarà il vostro ago della bilancia. I colleghi che applicano la tecnica da tempo hanno rilevato una modesta variabilità nella durata di questa fase, dovute a variabili quali tipologia del sottocute, età anagrafica, comorbidità. *L'ago non tagliente va inserito nel canalino cicatriziale, con una leggera pressione e se necessario, una concomitante oscillazione rotatoria dell'ago stesso. In questo modo l'ago va a cercarsi, millimetricamente, il micro spazio cicatriziale, e penetra nel sottocute spostando le fibre di tessuto cicatriziale non cheratinizzato scoperto sotto la crosta rimossa, senza tagliare, le fibre*

sottocutanee. La parete vasale è sottile (endotelio monostratificato, piatto) e non oppone particolare resistenza alla penetrazione di un oggetto appuntito, anche se non tagliente.

Estendere l'incanalazione dei vasi a tutti gli operatori, previo informazione e tutoraggio, Quando il microspazio cicatriziale si è strutturato, la criticità della tecnica diventa minima.

L'attenzione va posta nella corretta rimozione delle croste, nel mantenimento dell'incanalazione personalizzata (quei siti). Assolutamente consigliabile creare una documentazione dell'AV, con foto digitale del braccio e indicazione dei siti scelti, usati o abbandonati.

CONSIDERAZIONI GENERALI

Nel caso in cui gli aghi non taglienti non fossero disponibili (per tutte le varie ragioni tecnico-amministrative), la tecnica può essere continuata con gli aghi normali (quelli solitamente in uso per le fav). L'accortezza dell'operatore in questo caso deve essere più attiva, cercando di "mirare" al meglio il cono cicatriziale, cercando di seguire le tracce esistenti. È importante mantenere integro al massimo, per quanto possibile, il cono cicatriziale. Nel caso questo fosse parzialmente divelto da una infelice manovra, si potrà avere una modesta perdita di sangue peri-ago durante la dialisi. Nel caso in cui il paziente vada in vacanza si potrà consigliare:

- di seguire la metodica (soprattutto nel caso di autopuntura) Base2007
- di farsi pungere con la tecnica scalare, evitando punture troppo contigue all'occhiello
- fornirgli di documentazione, indicazioni e "istruzioni" per i nuovi operatori, dando disponibilità di consultazione.

L'occhiello potrà essere ripreso anche dopo un periodo di fermo. A seconda delle caratteristiche epiteliali del paziente, potrebbe essere necessario un breve periodo di puntura con aghi taglienti, prima di usare nuovamente quelli non taglienti. A volte invece potrebbero non esserci problemi alcuni (variabilità somigliante a comportamento dei buchi per gli orecchini ai lobi delle orecchie). Se un sito scelto si infiammasse, o ci fossero altre contingenze, si può scegliere un altro punto di inserzione lungo lo stesso vaso, o un collaterale. I controlli della funzionalità, del flusso o del ricircolo non sono diversi da quelli che usate normalmente per le fav, nel vostro centro. Anzi quando esistono dei protocolli già avviati è interessante continuarli anche con la tecnica ad occhiello: questo fornirà dati confrontabili e ripetibili. Questa tecnica NON è nuova (applicata fin dagli anni '70) ma non molto nota. Caricata nel tempo di "pareri" che le prove di evidenza hanno relegato a meri "pregiudizi". Penalizzata da una scarsa propensione alla raccolta dati e ricerca dell'infermieristica, da una minore importanza data alla fase di incanalazione e gestione, rispetto alla fase del confezionamento chirurgico, da parte del personale medico responsabile. I dati di evidenza hanno confermato una bassa incidenza di complicazioni della FAV, minore problematicità della fase di incanalazione da parte del personale, percezione di minore dolore, a volte assenza, da parte del paziente. L'utilizzo della tecnica ad occhiello (button hole) è indicata dalle più recenti linee guida KDQI.