

ACCESSI VASCOLARI

ID 6 CONFRONTO TRA AGO CANNULA VS AGO IN METALLO

Antonelle Chiodi, Vanessa Reali, Jessica Camela, Lorenza Furbo, Sejla Carbonari, Moira Guerrieri, Cinzia Filiaggi, Cinzia Fiori ASUR Marche AV5 Ospedale "Mazzoni" Ascoli Piceno - Italy

Introduzione: Ridurre al minimo le complicanze e il disagio per il paziente (Pz) legati all'incannulazione della fistola arterovenosa (FAV) è da sempre il principale obiettivo dell'operatore di emodialisi. Le lesioni vasali causate dalla punta degli aghi metallici posizionati nella FAV sono complicanze frequenti nei pazienti in dialisi. Tradizionalmente vengono usati in Europa aghi metallici, ma in questi ultimi anni si sta facendo strada con successo l'utilizzo di cannule in plastica flessibili che in altri paesi come il Giappone e l'Australia sono già una realtà. Nel Centro di Ascoli Piceno sono disponibili diversi tipi di aghi cannula da 5-6 anni. Ci siamo prefissati di rivedere criticamente l'utilizzo di questo device con un'osservazione di almeno 1 anno mettendo a confronto l'ago tagliente con l'ago cannula, valutando anche le differenze tra i diversi tipi di ago cannula.

Materiali e metodi: Settantotto Pz sono mediamente sottoposti a trattamento dialitico nel nostro Centro; tra questi, 33 Pz hanno un CVC e 17 Pz incannulano FAV con il metodo buttonhole. I rimanenti 28 Pz hanno, nella maggior parte dei casi, FAV difficili poiché anziani con una lunga storia di venipuntura quindi portatori di FAV poco arterializzate, tortuose e con pochi tratti della lunghezza adeguata per essere punti. Tali condizioni suggeriscono l'utilizzo di un device con migliori caratteristiche di safety. • Quindi Pz sono stati punti alternativamente con ago cannula o aghi taglienti. Abbiamo utilizzato due tipi di ago cannula con alette e senza per valutarne le differenze. Sono stati raccolti i dati delle loro sedute dialitiche: Aspetto clinico e Compliance del Pz o Dolore legato alla puntura ev. ripetuta (scala del dolore NRS) o Frequenza di stravasi/ematomi (numero, estensione, persistenza, ecc.) o Presenza di crampi o fastidio legati all'immobilizzazione • Parametri tecnici della seduta o Pressione d'accesso (PA), Pressione di rientro (PV), Flusso sangue (Qb) o Efficienza dialitica (KT/V e ricircolo della FAV).

Risultati: Il confronto tra i tipi di device ha messo in evidenza: • Minore dolore nell'infissione dell'ago tagliente (3 vs 8) • Maggiore confort nella dialisi con ago cannula per l'assenza di immobilizzazione • Minor tempo di emostasi dopo introduzione di ago cannula (2' vs 5') con un tipo di ago cannula (senza alette), mentre, con un altro device analogo, il tempo di emostasi rispetto al tagliente non ha subito variazioni • Ematomi/ecchimosi meno frequenti dopo utilizzo dell'ago cannula (0 vs 5) • Lieve aumento della PA del circuito con ago cannula di 30 mm, rispetto all'ago metallico, mentre, con un altro tipo di ago cannula di 25 mm, uguale PA • Parametri di depurazione simili tra i device (KT/V automatico) • Prove di ricircolo simili nello stesso Pz Durante i trattamenti si è verificato un solo dislocamento dell'ago cannula senza alette, legato a un ancoraggio inadeguato e che ha determinato una perdita ematica. Sono stati raccolti i dati delle loro sedute dialitiche.

Conclusioni: Le cannule rappresentano un'alternativa all'utilizzo dell'ago fistola e comportano maggiore sicurezza per l'operatore e possibilità di accedere a siti tortuosi e profondi, ma è necessario avere un team motivato che abbia fiducia nella tecnica, mostrando la volontà di acquisire la manualità necessaria per migliorare l'incannulazione della FAV. Un ancoraggio sicuro risulta essere fondamentale.