

INDICE

<i>INTRODUZIONE</i>	<i>1</i>
<i>CAPITOLO 1. DIFFICOLTÀ NELLA SCELTA DELLA TECNICA</i>	<i>3</i>
<i>1.1 Eleggibilità dei pazienti, autonomia e caregiver</i>	<i>3</i>
<i>1.2 Drop out</i>	<i>4</i>
<i>1.3 Il problema delle peritoniti</i>	<i>5</i>
<i>CAPITOLO 2. INTERVENTI EDUCAZIONALI</i>	<i>7</i>
<i>CAPITOLO 3. VISITE DOMICILIARI</i>	<i>9</i>
<i>3.1 Schede di valutazione domiciliare</i>	<i>11</i>
<i>CAPITOLO 4. PROCESSO DI NURSING</i>	<i>13</i>
<i>4.1 Processo di nursing relativo alla dialisi peritoneale</i>	<i>14</i>
<i>CONCLUSIONI</i>	<i>19</i>

ABSTRACT

La dialisi peritoneale (DP) è una modalità di trattamento per l'insufficienza renale cronica.

Nell'ambito della dialisi peritoneale, l'infermiere è una figura di particolare rilevanza nella gestione assistenziale dei pazienti, esso è infatti coinvolto in varie fasi del percorso di cura del paziente quali l'addestramento, follow-up e gli eventuali interventi educazionali, laddove ritenuti necessari.

In diversi studi si è dimostrato come il processo educativo, sia di fondamentale importanza nel trattamento domiciliare, e l'infermiere per l'attuazione di tale processo si avvale di diversi strumenti come il training, le visite domiciliari e il re-training.

Le visite domiciliari in questo contesto assumono una forte rilevanza in quanto permettono di proseguire l'attività educativa del paziente con costanza durante tutta la terapia, rilevare problematiche o criticità relative alla compliance nelle procedure proprie della tecnica e nell'aderenza delle prescrizioni, attraverso delle schede di valutazione.

Si è inoltre dimostrato dai dati presenti in letteratura che un buon programma di visite domiciliari riduca il tasso di infezioni in generale, di peritoniti, drop-out e di ospedalizzazioni; d'altra parte, aumenti il tasso di sopravvivenza e in generale l'aderenza alla terapia.

INTRODUZIONE

La malattia renale cronica nella popolazione generale sta acquisendo sempre più rilevanza, con un aumento della prevalenza in tutto il mondo. Le cause principali di malattia renale cronica sono il diabete, l'ipertensione e la patologia vascolare (Byrne C et al. 2010).

Nell'attesa di un eventuale trapianto renale o per i pazienti non candidabili a trapianto è necessario ricorrere al trattamento dialitico, con due opzioni di terapia sostitutiva renale artificiale: l'emodialisi (HD) e la dialisi peritoneale (DP).

Nonostante la dimostrata pari efficacia delle due tecniche dialitiche nel trattamento della malattia renale cronica terminale (*end-stage renal disease*, ESRD), la dialisi peritoneale è ampiamente sottoutilizzata rispetto all'emodialisi. Secondo i dati del 8° Censimento Nazionale del Gruppo di Studio di Dialisi Peritoneale della Società Italiana di Nefrologia relativi al 2022, la percentuale di pazienti prevalenti in DP è del 14,9% rispetto a quelli in HD. (Neri L et al. 2023).

Sono diversi i fattori alla base della maggiore prevalenza dell'emodialisi rispetto alla dialisi peritoneale. Tra questi abbiamo non solo motivi di carattere clinico, ma anche barriere logistiche e culturali: mancanza di infrastrutture adeguate, formazione del personale medico e infermieristico e conoscenze adeguate per l'educazione dei pazienti. (Ghaffari A et al. 2013)

A parità di risultati clinici, i trattamenti dialitici domiciliari risultano essere meno costosi per il ridotto impiego di risorse legate alla struttura e al personale. (Lee H et al. 2002) Per quanto riguarda la qualità della vita, si è dimostrato che i pazienti che scelgono la DP tendono ad essere più soddisfatti delle cure ricevute rispetto a quelli in HD. (Rubin et al. 2004).

Se da un lato il trattamento dialitico peritoneale incide positivamente sulla qualità della vita e richiede un impegno economico inferiore rispetto al trattamento emodialitico, dall'altro esige un'assunzione di responsabilità importante da parte del paziente e/o del caregiver/nucleo familiare che lo assiste. Diventa quindi requisito fondamentale l'educazione del paziente e del caregiver all'autogestione della cura, al fine di prevenire le complicanze proprie della tecnica, tra cui le peritoniti, che rappresentano la maggior causa di morbilità e drop-out (Bordin G. et al)

Nell'ambito della dialisi peritoneale, l'infermiere è una figura di particolare rilevanza nella gestione assistenziale dei pazienti.

L'infermiere è infatti coinvolto in varie fasi del percorso di cura del paziente quali l'addestramento, follow-up e gli eventuali interventi educazionali, laddove ritenuti necessari.

CAPITOLO 1. DIFFICOLTÀ NELLA SCELTA DELLA TECNICA

1.1 Eleggibilità dei pazienti, autonomia e caregiver

Da alcuni studi si evidenzia come molti dei pazienti, sebbene clinicamente idonei alla dialisi peritoneale, siano reticenti ad intraprendere questo percorso a causa delle difficoltà nella gestione della tecnica domiciliare.

Le principali barriere che si riscontrano sono l'età avanzata e la complessità nell'esecuzione delle manovre in modo corretto, rispettando i criteri di prevenzione delle infezioni.

Inoltre, risulta che più della metà dei pazienti idonei alla DP abbiano necessità del supporto di un familiare/caregiver il quale, in alcuni casi, è chiamato a farsi carico completamente delle procedure proprie della tecnica. (Pongrpratch P. et al 2022)

In tale contesto, la non disponibilità di un caregiver costituisce il fattore limitante l'accesso ai trattamenti dialitici domiciliari.

Da uno studio riportato nel Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche del 2014 si evidenzia come, nonostante l'aumento dei pazienti con ESRD che necessitano di trattamento dialitico, soltanto l'11% è trattato con dialisi peritoneale, con un trend in diminuzione.

Alla base di questo dato non vi sono motivi clinici, bensì altri fattori non inerenti alla clinica, quale ad esempio il contesto socio-assistenziale.

Un rapporto del Ministero – ISS del 2013 mostra come sei anziani su dieci sono in difficoltà economiche e che il 20% vive da solo, inoltre il 64% di questi soffre di una malattia cronicodegenerativa e che il 37% è in difficoltà fisica anche per fare una telefonata. (Mattozzi F. et al 2014)

Alla luce di questi dati, risulta evidente uno dei motivi per cui, tra la dialisi peritoneale e l'emodialisi ospedaliera, quest'ultima in quanto a prevalenza ha dei valori più elevati.

1.2 Drop out

L'elevato drop-out della dialisi peritoneale è considerato una delle ragioni alla base della bassa penetrazione della metodica.

Dal punto di vista concettuale il problema dell'elevato drop-out della DP rispetto all'HD è facilmente intuibile dal momento che la prima è una dialisi domiciliare per lo più autogestita che utilizza una membrana biologica come filtro. Pertanto entrano in gioco diversi fattori che possono incidere negativamente sulla sopravvivenza della tecnica, quali fattori psicologici, sociali e attitudinali, nonché fattori clinico-biologici come il deterioramento della membrana peritoneale, che sono presenti in DP e non in HD, determinando una maggiore frequenza nell'interruzione della tecnica. (Viglino G. 2005)

Le cause di drop out sono classificabili in:

1. Problematiche legate alla metodica:

- Peritoniti ricorrenti
- Inadeguatezza dialitica
- Deficit di ultrafiltrazione

2. Problematiche legate al sistema:

- Mancanza di infrastrutture

3. Problematiche di natura psico-sociale

Tra queste cause, le peritoniti e l'inadeguatezza dialitica hanno ricevuto grande attenzione dalla comunità scientifica, in quanto considerate le principali cause di drop-out della DP (Mariangeli G et al 2018).

1.3 Il problema delle peritoniti

La peritonite rappresenta tuttora la principale complicanza legata alla dialisi peritoneale, determinando un incremento della mortalità e rappresentando la principale causa del passaggio del paziente al trattamento emodialitico.

L'incidenza di peritoniti può essere considerata un indicatore della qualità delle cure e consente di valutare l'adeguatezza dei programmi informativi/educativi infermieristici rivolti al paziente.

Secondo le Linee Guida (International Society of Peritoneal Dialysis – ISPD, 2011), con la tecnologia attuale l'incidenza di peritonite dovrebbe essere inferiore a 1 episodio/20 mesi-paziente e tendere a 1 episodio/30 mesi –paziente o meno. (Colasanti P. et al 2016). Sono diversi i fattori che favoriscono l'incidenza delle peritoniti nei pazienti in DP, primo fra tutti la presenza del catetere peritoneale stesso che favorisce la comunicazione tra l'ambiente esterno e la cavità peritoneale.

Un secondo fattore favorente è l'uso di soluzioni dialitiche contenenti alte concentrazioni di glucosio, in quanto quest'ultimo è un ottimo fattore di promozione della crescita batterica, l'infiltrazione anche di una piccola quantità di batteri è sufficiente a causare peritonite.

È stato inoltre dimostrato che pazienti affetti da ESRD hanno un'alterata immunità all'ospite e anomalie nella funzione di difesa immunitaria da parte del peritoneo causata dalle caratteristiche non fisiologiche delle soluzioni dialitiche. (Jorres A. et al 1994)

Un altro importante fattore di rischio per la peritonite è il diabete mellito, il quale già di per sé ha dei valori di mortalità aumentati per un paziente in dialisi del 20-30%, rispetto a uno in dialisi non diabetico. (Deferrari G. 2016)

Anche l'obesità va considerata fra le cause di peritonite in paziente dializzato, uno studio ha riportato un rapporto di rischio di 1,08 per ogni 5-kg/m² di aumento dell'indice di massa corporea (BMI) (McDonald SP et al 2004)

In aggiunta a questi fattori, l'insorgenza di un primo episodio di peritonite è fortemente associata a recidiva, la comparsa di un episodio entro i primi 6 mesi risulta correlato allo sviluppo di uno successivo con un rapporto di rischio di 2,08 per peritonite in pazienti che avevano avuto un episodio precedente (Golper TA et al 1996). Nell'aumento del rischio va anche considerata la formazione di un biofilm a livello del catetere, il quale

può predisporre allo sviluppo di peritoniti recidivanti per difficoltà nella penetrazione della barriera formata.

CAPITOLO 2. INTERVENTI EDUCAZIONALI

L'educazione terapeutica è uno degli aspetti più rilevanti della professione infermieristica. Il profilo professionale dell'infermiere (DM 739/94) prevede la responsabilità nell'assistenza sia tecnica, che relazionale, che educativa.

L'educazione terapeutica, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, consiste non solo nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere le malattie e il trattamento, ma anche nel favorire la collaborazione alle cure, farsi carico del proprio stato di salute e conservare la propria qualità di vita. (Ugonia AP 2013)

Partendo proprio da questo concetto, l'infermiere diventa una figura fondamentale nell'educazione del paziente alla dialisi peritoneale, ponendosi come obiettivo:

- Il raggiungimento dell'empowerment del paziente (conoscere, comprendere, acquisire e mantenere capacità di cura);
- Mantenimento di un buono stato di salute;
- Prevenzione delle complicanze tra cui le peritoniti.

Il processo educativo è quindi fondamentale per il successo del trattamento domiciliare, e deve per tanto garantirne la continuità a lungo termine.

Diventa prioritario da parte dell'infermiere programmare un buon processo assistenziale che preveda tutte le fasi di nursing (accertamento iniziale, diagnosi infermieristica, pianificazione degli obiettivi, pianificazione degli interventi, gestione prestazioni assistenziali, verifica e rivalutazione).

Perciò, sulla base di tale processo, l'infermiere programmerà un'assistenza che segua le tre fasi che un paziente percorre fino al raggiungimento della dialisi peritoneale:

- **PRE-DIALISI:** primo periodo in cui viene comunicato al paziente la necessità di iniziare un trattamento sostitutivo. L'infermiere ha il compito di dare supporto ed aiutare nella spiegazione dettagliata delle varie tecniche dialitiche allo scopo di rendere, insieme al medico, il paziente consapevole del percorso che seguirà.
- **ADDESTRAMENTO:** secondo periodo che inizia subito dopo il posizionamento del catetere peritoneale, questa fase di training prevede che venga insegnata al paziente l'esecuzione della tecnica e il riconoscimento/gestione delle eventuali complicanze.

- **FOLLOW-UP:** terzo periodo che inizia dal momento in cui il paziente raggiunge l'autonomia per gestire la dialisi a domicilio. L'infermiere si occuperà di seguire l'andamento e i progressi del piano assistenziale che si è preposto, attraverso visite domiciliari ed eventuali re-training.

Per l'attuazione del programma educativo nelle tre fasi, l'infermiere si avvale di diversi strumenti fondamentali, tra cui: TRAINING, VISITA DOMICILIARE E RE-TRAINING.

- 1) **TRAINING:** fase di presa in carico del paziente che inizia al momento della scelta del trattamento dialitico e prosegue con il posizionamento del catetere peritoneale, l'obiettivo di questa fase è di far comprendere e far acquisire al paziente/caregiver tutte le abilità necessarie al proseguimento del trattamento a domicilio, accertandosi che sia sufficientemente autonomo nella gestione della tecnica e nella prevenzione delle possibili complicanze.
- 2) **VISITA DOMICILIARE:** le visite domiciliari vengono eseguite generalmente dall'infermiere dedicato alla DP e, talvolta quando necessario per pazienti critici anche dal medico nefrologo, hanno lo scopo di mantenere la continuità assistenziale nel passaggio dall'ospedale al domicilio, monitorando tutti gli aspetti della DP dallo stoccaggio dei materiali all'esecuzione della tecnica e compliance alla terapia farmacologica prescritta. La visita a domicilio risulta quindi fondamentale per valutare eventuali errori che i pazienti potrebbero attuare da soli dopo un lungo periodo in terapia che portano alla necessità di re-training in quanto potenzialmente pericolose per la comparsa di complicanze.
- 3) **RE-TRAINING:** processo che permette la rivalutazione delle conoscenze acquisite dal paziente/caregiver e verifica che non ci siano state delle modifiche apportate al training iniziale. La fase di re-training oltre che per la valutazione delle abilità è importante per l'acquisizione di nuove competenze che rendono il paziente/caregiver sempre più abile nella gestione della terapia.

CAPITOLO 3. VISITE DOMICILIARI

Il paziente in dialisi peritoneale, una volta terminato il training iniziale, potrà finalmente proseguire il suo percorso a domicilio, entrando quindi nella fase del follow-up continuo che viene concretizzata attraverso una programmazione di visite domiciliari.

Le visite domiciliari sono prettamente effettuate da un infermiere della DP, il quale viene accompagnato dal nefrologo in caso di pazienti critici impossibilitati a muoversi dalla loro abitazione per effettuare le visite programmate.

Gli appuntamenti domiciliari vengono effettuati in tempi e con obiettivi diversi, durante tutto il percorso di presa in carico del paziente.

Seguendo uno studio effettuato nell'Unità operativa complessa di Nefrologia e dialisi dell'Azienda ospedaliera Ospedali Riunti Marche Nord, le visite domiciliari vengono divise in:

- ***Visita domiciliare di selezione:*** eseguita dal personale infermieristico e dall'assistente sociale. La visita è mirata alla valutazione dell'idoneità del paziente per la DP e permettere di osservare l'utente nella sua reale dimensione familiare. Si identificano, in accordo con i familiari, le modifiche strutturali e igieniche al fine di rendere idoneo l'ambiente alla dialisi. In quest'occasione viene compilata la scheda socio-attitudinale

- ***Visita domiciliare di accompagnamento:*** eseguita al momento della dimissione del paziente e nei 3-5 giorni successivi dall'infermiere responsabile del suo training, allo scopo di:
 - Dare continuità all'addestramento teorico-pratico
 - Sostenere il paziente nell'effettuazione della pratica dialitica
 - Osservare, verificare, modificare il piano organizzativo domiciliare personale del paziente
 - Coinvolgere i familiari nelle attività di supporto alla dialisi peritoneale

- ***Visita domiciliare di assistenza:*** effettuate in caso di richieste o bisogni specifici da parte del paziente ed è finalizzata a gestire i momenti di crisi, fornire supporto ai familiari gestire l'insorgenza di eventuali complicanze

- **Visita domiciliare di controllo:** viene effettuata generalmente con cadenza semestrale e coprono tutto l'arco temporale in cui il paziente è in trattamento peritoneale. (Colasanti P. et al 2013)

Nel corso della visita domiciliare l'infermiere valuta diversi aspetti:

- Corretta esecuzione delle procedure dialitiche;
- Stoccaggio dei materiali necessari alla DP;
- Igiene ambientale del luogo in cui si svolge la dialisi (illuminazione, pulizia e aereazione);
- Igiene personale;
- Ispezione dell'exit-site;
- Procedura di medicazione;
- Compliance alla terapia farmacologica;
- Condizioni cliniche del paziente (peso corporeo, pressione arteriosa, diuresi, presenza di edemi);

L'infermiere andrà poi a inserire tutti i dati raccolti in una cartella infermieristica nella quale poi indicherà anche:

- Necessità di un partner per l'esecuzione e gestione delle manovre legate alla DP
- Necessità di modifiche del programma dialitico
- Necessità di ulteriori figure di supporto (psicologo, assistente sociale)

La cartella viene poi completata dall'infermiere, inserendo un giudizio finale, che va ad evidenziare eventuali criticità da correggere insieme al medico nefrologo, programmando quindi un eventuale re-training.

3.1 Schede di valutazione domiciliare

A seconda del centro di Dialisi verranno rilevati i dati e compilate le schede in diverso modo. Vengono qui riportati alcuni esempi di cartelle infermieristiche di diversi presidi Ospedalieri Italiani

Il modulo di valutazione Infermieristica domiciliare del centro di Nefrologia e Dialisi del Presidio Ospedaliero di Macerata riporta:

- Locazione sacche: idoneo, non idoneo;
- Igiene ambientale:
 - Pulizia: buona, sufficiente, scarsa
 - Illuminazione: buona, sufficiente, scarsa
 - Aereazione: buona, sufficiente, scarsa
- Igiene personale: idonea, non idonea
- Emergenza cutanea:
 - Medicazione: quotidiana, a giorni alterni, altro
 - Exit site: buono, flogosato, traumatizzato
 - Manualità: buona, sufficiente, scarsa
- Care-giver: non necessario, indispensabile, opportuno
- Variazione programma: necessaria, non necessaria
- Giudizio finale: buono, sufficiente, scarso

Il centro di Nefrologia e Dialisi del presidio ospedaliero Santa chiara di Trento nella scheda di valutazione infermieristica riporta i seguenti dati:

- Vive solo, vive con familiari
- Presenza di animali: si, no
- Pulizia della casa: sufficiente, discreta, buona
- Stanza dedicata alla dialisi:
 - Presenza di quadri
 - Presenza di scaffali
 - Presenza di tende
 - Presenza di tappeti
 - Altro

- Presenza di tavolo per DP:
 - Lavabile: si, no
 - Adeguato: si, no
- Il paziente/caregiver ha bisogno di re-training: si, no

Il centro di Nefrologia, Dialisi e Nutrizione clinica dell'Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra, utilizza un modello di valutazione infermieristica, basato sulla suddivisione delle aree di salute del Modello Gordon con un accertamento più specifico per la dialisi peritoneale:

- MODELLO COGNITIVO – PERCETTIVO:
 - Stato mentale; Linguaggio; Udito; Vista; Dolore; Ansia
- MODELLO NUTRIZIONALE METABOLICO:
 - Dieta; Cavo orale; Idratazione mucose; Caratteristiche della cute
- MODELLO DI ELIMINAZIONE:
 - Intestinale; Urinaria
- MODELLO SONNO RIPOSO:
 - Notturmo; Diurno; Uso di farmaci
- MODELLO DI COPING/PERCEZIONE DI SE
 - Limitazioni lavorative
 - Limitazioni nell'ambito della giornata
 - Limitazioni rispetto alla famiglia
- MODELLO DI ATTIVITÀ ESERCIZIO FISICO:
 - Mobilizzazione; Condizioni Generali; Igiene personale
 - CLASSIFICAZIONE DELL'ORIFIZIO
 - Crosta; Edema; Rossore; Secrezione; Dolore
- MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE:
 - Aderenza alla terapia
- MODELLO DI TOLLERANZA ALLO STRESS
- MODELLO DI RUOLO E RELAZIONI
- Spazio per la dialisi peritoneale
- Tecnica di dialisi
- Controllo materiale in dotazione

CAPITOLO 4. PROCESSO DI NURSING

Il processo di nursing è un approccio sistematico usato per accertare, prevenire e trattare problemi di salute reali o potenziali, per identificare i punti di forza del paziente e promuoverne il benessere. Esso fornisce il quadro concettuale entro il quale gli infermieri utilizzano le loro conoscenze e competenze per offrire un'assistenza umana.

Tale processo costituisce una guida predefinita ma flessibile alla pianificazione, attuazione e valutazione di un'assistenza infermieristica che intende essere efficace e individualizzata, con un approccio dinamico e ciclico permettendo di valutare il modificarsi delle risposte del paziente in seguito agli interventi attuati. (Wilkinson J.M 2007)

Un sistema sanitario complesso richiede l'integrazione tra i professionisti della salute e, se è vero che all'infermiere è richiesta la conoscenza delle diagnosi mediche, è ancora più importante che quest'ultimo, in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica, sia in grado di diagnosticare e trattare in modo autonomo le risposte umane, i problemi di salute e/o processi vitali. Tali risposte sono state descritte e codificate nella classificazione delle diagnosi infermieristiche NANDA-International (North American Nursing Diagnosis Association – International).

La tassonomia NANDA-I fornisce un metodo per classificare e standardizzare le aree di interesse della disciplina infermieristica, comprende 267 diagnosi raggruppate in 13 domini.

Le diagnosi sono utilizzate per identificare i risultati attesi di salute e di conseguenza pianificare la sequenza degli interventi infermieristici specifici.

Il risultato infermieristico NOC (Nursing Outcome Classification) è misurato attraverso un continuum in risposta a uno o più interventi.

Un intervento NIC (Nursing Intervention Classification) è definito come qualsiasi prestazione, basata sul giudizio clinico e sulla conoscenza, che l'infermiere eroga per migliorare i risultati dell'assistito. (NANDA-I 2021-2023)

4.1 Processo di nursing relativo alla dialisi peritoneale

DISPONIBILITÀ A MIGLIORARE L'AUTOGESTIONE DELLA SALUTE

Dominio1 – Classe2 – Codice diagnosi 00293

- **Definizione:**

Modello di gestione soddisfacente dei sintomi, del regime terapeutico, delle conseguenze fisiche, psicosociali e spirituali e dei cambiamenti nello stile di vita relativi al vivere con una malattia cronica, che può essere rafforzato.

- **Caratteristiche definenti:**

- Esprime il desiderio di aumentare l'impegno nelle cure di follow-up
- Esprime il desiderio di migliorare la gestione dei fattori di rischio
- Esprime il desiderio di aumentare la soddisfazione per la qualità della vita

NOC: Autogestione: patologia cronica (3102)

- **Definizione:**

Azioni personali per gestire una malattia cronica, per il suo trattamento e per prevenire la progressione di complicanze

- **Indicatori:**

- **(310206)** monitora i segni e sintomi delle complicanze,
- **(310231)** evita comportamenti che incrementino la progressione della malattia,
- **(310233)** modifica la routine di vita per ottimizzare la salute,
- **(310235)** adotta strategie per aumentare il benessere

NIC: Educazione alla salute (5510)

- **Definizione:**

Sviluppare e fornire informazioni ed esperienze di apprendimento per facilitare l'adattamento volontario a comportamenti che favoriscono la salute di persone, famiglie, gruppi o comunità

-
-
-

- **Attività:**
 - Aiutare le persone, famiglie e le comunità a chiarire convinzioni e valori relativi alla salute
 - Utilizzare la dimostrazione/dimostrazione di ritorno, la partecipazione dei discenti e la manipolazione di materiali per insegnare abilità psicomotorie
 - Servirsi dei sistemi di supporto sociali e familiari per aumentare l'efficacia delle modifiche comportamentali che interessano la salute e lo stile di vita
 - Pianificare dei controlli a lungo termine per rinforzare i comportamenti positivi per la salute o gli aggiustamenti dello stile di vita

RISCHIO DI VOLUME DI LIQUIDI SQUILIBRATO

Dominio2 – Classe5 – Codice della diagnosi 00025

Definizione:

Suscettibilità a riduzione, aumento o rapido passaggio dei liquidi dall'uno all'altro spazio intravascolare, interstiziale e/o intracellulare, che può compromettere la salute

- **Fattori di rischio:**
 - Alterazione dell'assunzione di liquidi
 - Autogestione inefficace dei farmaci
- **Popolazione a rischio:**
 - Persone con condizioni interne che influenzano il fabbisogno di liquidi
- **Condizioni associate:**
 - Alterazioni che influenzano l'eliminazione dei liquidi
 - Perdita di liquidi attraverso processi fisiologici alterati
 - Piano terapeutico

NOC: Bilancio Idrico (0601)

- **Definizione:**

Bilancio tra entrate e uscite di liquidi nell'organismo
- **Indicatori:**
 - (060107) bilancio tra assunzione ed eliminazione nelle 24 ore
 - (060109) stabilità del peso corporeo

NIC: Gestione dei liquidi (4120)

- Definizione:

Promuovere il corretto bilancio idrico e prevenire l'insorgenza di complicanze derivanti da livelli di liquidi anomali o indesiderati

- Attività:

- Monitorare il cambiamento del peso della persona prima e dopo la dialisi, se appropriato
- Monitorare eventuali indicazioni di sovraccarico/ritenzione di liquidi (per esempio; crepitii, edema, distensione delle vene del collo, ascite)
- Registrare accuratamente entrate ed uscite giornaliere

RISCHIO DI TENSIONE NEL RUOLO DI CAREGIVER

Dominio7 – Classe1 – Codice della diagnosi 00062

- Definizione:

Suscettibilità a difficoltà nell'adempire alle responsabilità, alle attese e/o ai comportamenti relativi alla cura di un familiare o di altre persone significative, che può compromettere la salute

- Fattori di rischio del caregiver:

- Inesperienza con l'erogazione delle cure
- Inadeguata soddisfazione delle aspettative altrui

- Attività del caregiver:

- Complessità delle attività assistenziali
- Durata prolungata delle attività assistenziali
- Sostituzione temporanea del caregiver inadeguata

- Condizioni associate:

- Malattia cronica

NOC: Caregiver: resistenza nel ruolo (2210)

- **Definizione:**

Fattori che promuovono la capacità del caregiver familiare di sostenere il carico assistenziale per un lungo periodo di tempo

- **Indicatori:**

- (221001) Relazione di mutua soddisfazione tra il caregiver e l'assistito
- (221012) Sistema di sostegno per il caregiver fornito dal sistema sanitario
- (221008) Sostituzione temporanea del caregiver

NIC: Sostegno al caregiver (7040)

- **Definizione:**

Fornire le informazioni, la tutela e il sostegno necessari per facilitare l'erogazione dell'assistenza primaria a una persona da parte di un soggetto che non è professionista della salute

- **Attività:**

- Esplorare punti di forza e debolezza del caregiver
- Insegnare al caregiver le tecniche di gestione dello stress
- Identificare la possibilità di sostituzione temporanea per garantire al caregiver periodi di riposo

RISCHIO DI INFEZIONE

Dominio11 – Classe1- Codice della diagnosi 00004

- **Definizione:**

Suscettibilità a invasione e moltiplicazione nell'organismo di microrganismi patogeni, che può compromettere la salute

- **Fattori di rischio**

- Difficoltà a gestire i dispositivi invasivi a lungo termine
- Compromissione dell'integrità cutanea
- Igiene ambientale inadeguata

- **Condizioni associate:**

- Procedure invasive
- Esperienza di malattia cronica

NOC: Controllo dei rischi: processo infettivo (1924)

- **Definizione:**

Azioni personali per comprendere, prevenire, eliminare o ridurre il rischio

- **Indicatori:**

- (192426) Individua i fattori di rischio di infezione
- (192405) Identifica i segni e sintomi di infezione
- (192411) Mantiene pulito l'ambiente

NIC: protezione dalle infezioni (6550)

- **Definizione:**

prevenire e rilevare precocemente un'infezione in una persona assistita a rischio

- **Attività:**

- Monitorare i segni/sintomi sistemici e locali di infezione
- Ispezionare la cute e le mucose per eventuali segni quali rossore, calore estremo o secrezioni
- Insegnare alla persona assistita e ai suoi familiari a evitare le infezioni

CONCLUSIONI

L'assistenza domiciliare è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come “la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione”.

Negli ultimi anni, in particolar modo a seguito della pandemia da Covid-19, si è visto l'aumentare della necessità di una sanità meno centrata nell'ambito ospedaliero, ma sempre più orientata nei servizi domiciliari.

All'interno del PNRR-Salute viene inclusa la Riforma dell'assistenza territoriale (decreto interministeriale 23/5/2022, n.77), definendo un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale.

Tra i punti chiave della Riforma viene delineata l'assistenza domiciliare, definita come: “Servizio per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici ecc. sono prestati dal personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita.”

Nel Piano Nazionale delle Cronicità del 15 settembre 2016 si pone l'attenzione su come, uno degli obiettivi fondamentali dei sistemi di cura delle cronicità, debba essere quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione.

In particolare, le cure domiciliari sono una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone con malattie croniche e in generale per tutti quei pazienti in condizioni di fragilità per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione patologica.

Il setting assistenziale domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l'equipe curante promuovere l'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità di “far fronte” alla patologia e sviluppando le abilità di autocura. (Piano Nazionale delle Cronicità)

Nel Documento di Indirizzo per la Malattia Renale Cronica del Ministero della Salute, tra gli obiettivi da raggiungere, viene posto l'accento sull'utilizzo di percorsi educativi rivolti alla scelta consapevole del trattamento dialitico e partecipazione attiva, con la finalità di incrementare l'impiego della dialisi peritoneale domiciliare.

È quindi chiaro che l'obiettivo della comunità scientifica sia nell'ambito dell'assistenza sanitaria in generale e ancor di più per quanto riguarda le malattie croniche, sia quello di orientarsi verso una sanità centrata sul territorio con un'assistenza di tipo domiciliare.

Per quanto riguarda la dialisi peritoneale, gli obiettivi da perseguire sono l'incremento della percentuale di pazienti afferenti a questa metodica rispetto all'emodialisi e l'attuazione di misure volte a supportare la metodica stessa al fine di prevenire il drop-out.

Per il raggiungimento di tali obiettivi grande rilevanza viene assunta dagli interventi educazionali mirati al raggiungimento dell'empowerment del paziente ed alla prevenzione delle complicanze.

La figura centrale dedicata all'educazione terapeutica del paziente e/o caregiver è l'infermiere, che attraverso il processo di nursing programma un iter assistenziale per tutta la durata del trattamento, che viene modulata in funzione dello stadio di malattia (pre-dialisi, addestramento, follow-up).

L'educazione terapeutica, in un documento del 1998 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) viene così delineata nelle sue finalità e modalità di realizzazione: "L'educazione terapeutica deve permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. Si tratta pertanto di un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente [...]. È finalizzata ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, cooperare con i curanti, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la loro qualità di vita [...]. L'educazione terapeutica forma il malato affinché possa acquisire un sapere, saper fare e saper essere adeguato a raggiungere un equilibrio tra la sua vita e il controllo ottimale della malattia [...] è un processo continuo, parte integrante della cura".

Gli interventi educazionali usati nella dialisi peritoneale, stanno acquisendo sempre più rilevanza, in quanto giocano un ruolo chiave nella partecipazione attiva dei pazienti alla loro terapia e la gestione della malattia cronica. (Schaepe C, Bergjan M 2014)

Per l'attuazione di tali interventi, l'infermiere si avvale di precisi strumenti quali il training e le visite domiciliari.

Nello specifico le visite domiciliari risultano un importante strumento in grado di proseguire l'attività educazionale al paziente, rilevare problematiche o criticità relative alla compliance nelle procedure proprie della tecnica e nell'aderenza delle prescrizioni.

Raccogliendo i dati sulle diverse schede di valutazione infermieristica dei Centri di Nefrologia e Dialisi, risulta come in generale a domicilio si vada a fare una considerazione globale della condizione: del paziente, dell'ambiente e materiali, dell'esecuzione delle procedure dialitiche, della compliance alla terapia farmacologica e le condizioni cliniche, dalla quale scaturisce poi un giudizio finale secondo il quale si valuterà la necessità o meno di un re-training.

Lo scopo delle visite domiciliari è quello di migliorare gli standard di cure sotto diversi punti di vista come: l'ambiente in cui si effettua la DP, l'aumento dell'aderenza alle prescrizioni, la correzione di fattori che potenzialmente potrebbero aumentare il rischio di infezione e l'aumento delle capacità di autogestione e cura di sé.

Secondo l'ultimo report del GPDP-SIN del 2022 (Gruppo di Studio di Dialisi Peritoneale della Società Italiana di Nefrologia) risulta che in Italia il 55,2% dei Centri di Dialisi non prevede visite domiciliari, mentre dei restati, solo una minoranza effettua regolarmente le visite con un programma definito (8,5%). Negli altri Centri vengono effettuate fondamentalmente al bisogno.

I dati in letteratura riguardo le visite domiciliari e gli interventi educazionali, sono ancora scarsi. Alcuni studi, nel tempo, hanno posto l'attenzione sulla compliance dei pazienti, le condizioni ambientali e le abilità nell'esecuzione della DP (Otzurk S.eta al 2009) (Kazancioglu R et al 2008).

Diversi studi osservazionali hanno invece indagato gli effetti delle visite domiciliari sull'incidenza delle peritoniti, come ad esempio:

Ellis et al (2012), una coorte di 22 pazienti pediatrici in DP ha preso parte ad un programma di visite domiciliari, riscontrando una riduzione nell'incidenza di peritoniti nei 6 mesi successivi (anche se il campione non statisticamente significativo).

Bordin et al (2007) nel loro studio, riguardo i programmi educazionali usati nei Centri Italiani, hanno mostrato una ridotta incidenza delle peritoniti nei centri dove praticate le visite domiciliari.

Chang JH et al (2018) con un trial randomizzato hanno indagato gli effetti di visite domiciliari frequenti sugli out come della dialisi peritoneale. 104 pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: uno sottoposto a re-training domiciliare convenzionale (due visite domiciliari nei primi due mesi dall'inizio della dialisi), l'altro a re-training domiciliare frequente (visite ripetute a cadenza mensile o trimestrale). I criteri di valutazione presi in considerazione sono stati: infezioni dell'exit-site, peritoniti, infezioni relative alla DP in generale, ospedalizzazioni, fallimento della tecnica e sopravvivenza dei pazienti.

Dai dati raccolti ne è risultato che: il gruppo sottoposto a re-training frequente ha ottenuto una significativa riduzione nel tempo del rischio di infezione dell'exit-site ed in generale delle infezioni. Inoltre, il re-training intensivo riduceva indipendentemente il rischio del primo episodio di peritonite nei soggetti con età ≥ 60 .

Martino et al (2014) in uno studio caso-controllo ha messo a confronto gli out come della DP in due gruppi di pazienti: il primo gruppo è stato avviato ad un programma di visite domiciliari che consisteva in delle VD aggiuntive volte a consolidare la sicurezza nella gestione a domicilio della dialisi peritoneale ed il gruppo di controllo invece rappresentato da pazienti che avevano iniziato la DP prima dell'avvio del programma.

Come criteri di valutazione sono stati considerati: il fallimento della tecnica, episodi di peritoniti e le ospedalizzazioni. Dai dati raccolti durante lo studio, ne è risultata una significativa riduzione nel tasso di fallimento della tecnica nel gruppo di pazienti sottoposti a programma e, negli stessi pazienti l'analisi della sopravvivenza ha mostrato un prolungamento del trattamento dialitico.

Riassumendo i dati relativi alle evidenze finora disponibili, seppur ancora scarse, possiamo certamente dire che le visite domiciliari e gli interventi educazionali stanno assumendo una forte importanza nella dialisi peritoneale.

Dagli studi pubblicati, si può dedurre come un buon programma di visite domiciliari sia vantaggioso: in primo luogo per il paziente, relativamente a tasso di infezioni, peritoniti e sopravvivenza; d'altra parte dal punto di vista medico e infermieristico un follow-up più "intensivo" permette di avere un quadro generale sui pazienti molto più chiaro, con una consapevolezza di tutti i punti di forza/fragilità di ogni singolo caso e la possibilità di lavorare su di essi, sviluppando il sapere, saper essere e saper fare.

BIBLIOGRAFIA

- Byrne Catherine, Retha Steenkamp, Clare Castledine, David Ansell, John Feehally (2010) Uk Renal Registry 12th Annual Report chapter4: UK ESRD prevalent rates in 2008: national and centre specific analyses
- Bordin Gabriella, Monica Casati, Nicoletta Zuccherato, Vincenzina Eduati (2007) L'educazione al paziente in dialisi peritoneale; uno studio osservazionale italiano
- Chang Jae Hyun, Oh Jieun, Park Sue K, Lee Juyeon, Kim Sung Gyun, Kim Soo Jin, Shin Dong Ho, Hwang Young-Hwang, Chung Wookyung, Kim Hyunwook, Oh Kook-Hwan (2018) Frequent patient retraining at home reduces the risk of peritoneal dialysis-related infections: A randomised study
- Colasanti Paola, Stefano Lizio, Martina Panaroni (2016) Peritoniti e drop-out in pazienti in dialisi peritoneale: programmi informativi/educativi infermieristici rivolti al paziente; Rivista L'Infermiere N4 – 2016 (FNOPI)
- Colasanti Paola, Stefano Lizio, Valentina Dini (2013) Valutazione dell'efficacia dell'educazione terapeutica nel monitoraggio domiciliare dei pazienti in dialisi peritoneale; Rivista L'Infermiere n 1 – 2013 (FNOPI)
- Deferrari Giacomo, Alice Bonanni (2016) Il diabete nel paziente in dialisi
- Documento di Indirizzo per la Malattia Renale Cronica (Ministero della salute)
- Ellis Eileen N, Christine Blaszak, Sherida Wright, Andrea Van Lierop (2012) Effectiveness of home visits to pediatric peritoneal dialysis patients
- Ghaffary Arshia, Kamyar Kalantar-Zadeh, Joseph Lee, Franklin Maddux, John Moran, Allen Nissenson (2013) PD First: peritoneal dialysis as the default transition to dialysis therapy

- Golper TA, Brier M.E, Scriber MJ, Bartlett DK, Hamilton RW, Strife F, Hamburger RJ. (1996) Risk factors for peritonitis in long-term peritoneal dialysis: the Network 9 peritonitis and catheter survival studies. Academic Subcommittee of the Steering Committee of the Network 9 Peritonitis and Catheter Survival Studies
- Jorres A. Gahl GM. Frei U. (1994) Peritoneal dialysis fluid biocompatibility: does it really matter? *Kidney Int. Suppl.*
- Kazancioglu Rumezsa, Savas Ozturk, Serpil Ekiz, Lamia Yucel, Sevel Dogan (2008) Can using a questionnaire for assessment of home visits to peritoneal dialysis patients make a difference to the treatment outcome?
- Lee Helen, Braden Manns, Ken Taub, William A Ghali, Stafford Dean, David Johnson, Cam Donaldson (2002) Cost analysis of ongoing care of patients with end-stage renal disease
- Mariangeli Giancarlo, Loris Neri, Giusto Viglino, Anna Rachele Rocca, Alessandro Laudon, Antonio Ragusa, Gianfranca Cabiddu (2018) PD in Italy: the 5th GSDP-SIN Census 2014. *Giornale Italiano di Nefrologia*
- Martino Francesca, Z Adibelli, G Mason, A NAYak, Wariyanon, E Rettore, Carlo Crepaldi, Mariapia Rodighero, Claudia Ronco (2014) Home visit program improves technique survival in peritoneal dialysis
- Mattozzi Francesca, Luigi Vechi, Piera Bertoldi, Giuseppe Quintaliani (2014) Dialisi peritoneale: il giusto quesito da porsi; *Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche*

- McDonald Stephen P McDonald, John F Collins, Markus Rumpsfeld, David W Johnson (2004) Obesity is a risk factor for peritonitis in the Australian and New Zealand peritoneal dialysis patient population

- NANDA International, Inc. DIAGNOSI INFERMIERITICHE Definizioni e Classificazione 2021-2023; Dodicesima edizione; Casa Editrice Ambrosiana

- Neri Loris, Giusto Viglino, Silvia Porreca, Claudio Mastropaolo, Giancarlo Marinangeli, Gianfranca Cabiddu (2023) La Dialisi Peritoneale in Italia: 8° censimento del GPDP-SIN 2022

- Ozturk Savas, Lamia Yucel, Sinem Guvenec, Serpil Ekiz, Rumezsa Kazancioglu (2009) Assessing and training patients on peritoneal dialysis in their own homes can influence better practice

- Rubin Haya R, Nancy E Fink, Laura C Plantinga, John H Sadler, Alan S Klinger, Neil R Powe (2004) Patient ratings of dialysis care with peritoneal dialysis vs hemodialysis.

- Piano Nazionale delle Cronicità, 15 Settembre 2016 (Accordo tra lo Stato e le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano)

- Pongpratch Puapatanakul, Telerngsak Kanjanabuch, Kriang Tungsanga, Areewan Cheawchanwattana, Kittisak Tangjittrong, Niwat Lounseng, Phichit Sonviriyavithaya, Junhui Zhao, Angela Yee-Moon Wang, Jenny Shen, Jefferey Perl, Simon J Davies, Frederic O Finklestein, David W Johnson (2022) Assisted peritoneal dialysis performed by caregivers and its association with patient outcomes

- Russo R., L manili, G Tiraboschi, K Amar, M De Luca, E Alberghini, P Ghiringhelli, A De Vecchi, M T Porri, G Marinangeli, R Rocca, V Paris, L Ballerini (2006) Patient
- re-training in peritoneal dialysis: why and when needed

- Schaepe Christiane, Manuela Bergjan (2014) Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature

- Ugonia Andra Piercarlo, Mauro Villa (2013) Il ruolo dell'infermiere nella dialisi peritoneale
- Viglino Giusto, Neri Loris (2005) È possibile migliorare gli outcome a distanza della dialisi peritoneale?; Giornale Italiano di Nefrologia

- Wilkinson Judith M. (2007) Processo infermieristico e pensiero critico; Capitolo 1: Generalità sul processo di nursing; Casa Editrice Ambrosiana

	MODULO VERIFICA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	DIALISI PERITONEALE MACERATA	
MOD.-DIA-DP- 21	Rev. 00	Data 30/12/2016	Pagina 54 di 3

COGNOME NOME..... DATA.....

INDIRIZZO..... NUMERO DI TELEFONO.....

TECNICA DIALITICAINIZIO DP.....

LOCAZIONE SACCHE:

IDONEITA': Si No

CONSIGLI NOTE :

.....

.....

.....

LOCALE PER D.P.

.....

IGIENE AMBIENTALE

Pulizia	scarsa	sufficiente	buona
Illuminazione	scarsa	sufficiente	buona

MAGAZZINO

ISOTONICHE (1,36-1,5%).....
IPERTONICHE (2,27-2,3%).....
IPERTONICHE (3,8-4,25%).....
EXTRANEAL
TAPPINI..... LINEE APD.....
CONCHIGLIE..... LINEE PER EXTRANEAL.....

ACCESSORI

BILANCINA

SCALDASACCHE.....**MATRICOLA**.....

MACCHINA..... **MATRICOLA**.....

TECNICA DI ESECUZIONE:

C.A.P.D. Orario concentrazione

“ “

“ “

“ “

“ “

A.P.D. Orario : Inizio..... Fine..... Scambio Diurno.....
Litri tot..... Tempo di sosta.....Durata.....
Conc.sacca riscaldatrice.....% Ultimo carico.....ml
Volume 1° carico.....mlTidal.....%N°Cicli.....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

.....
.....
.....
.....

PESO..... **PA**.....

UF.....

DIURESIS..... **EDEMI**.....

NOTE.....

GIUDIZIO FINALE.....
.....
.....

U.O.NEFROLOGIA/DIALISI

OSPEDALE MACERATA

FIRMA INFERMIERE