

ABSTRACTS

XXX Congresso Nazionale EDTNA/ERCA

Milano Marittima (RA)

10-12 maggio 2012

01. Assenza di infezione dell'emergenza cutanea del catetere peritoneale

C. Torzolini, A. Novelli, A. Cicconi, T. Moretti, A. Treccozi, F. Bruni

ASUR Marche, Z.T. n° 5 U.O. Nefrologia e Dialisi Ospedale "Madonna del Soccorso" San Benedetto del Tronto

INTRODUZIONE: L'infezione dell'emergenza cutanea del catetere peritoneale può essere causa di infezione del tunnel sottocutaneo, di perdita del catetere, di peritonite e di trasferimento in emodialisi. Le varie casistiche della letteratura descrivono frequenze di prevenzione delle infezioni che vanno da 0,2 a 0,52 episodi/paziente-anno a seconda dei metodi utilizzati.

METODOLOGIA: In dodici anni il Ns. Centro ha trattato 65 pazienti in dialisi peritoneale con frequenza media di 16/anno che hanno effettuato 70272 dialisi (in APD). L'unico metodo di prevenzione delle infezioni comprendeva: Amuchina PD (0,55% di cloro attivo) per disinfettare l'emergenza ad ogni medicazione, garze antidecubito a 8 strati di spessore in TNT, larghe 5 x 5 cm, medicazione oclusiva con fissaggio ad omega sul catetere, ulteriore cerotto di bloccaggio del catetere, ad omega, a circa 8 centimetri dall'emergenza cutanea.

RISULTATI: Durante tutto il periodo dello studio non abbiamo avuto alcuna infezione dell'emergenza cutanea del catetere peritoneale e del tunnel sottocutaneo.

CONCLUSIONI: Riteniamo che l'utilizzo delle garze antidecubito associate al sistema di bloccaggio del catetere peritoneale abbia impedito la formazione di microlesioni della cute dell'emergenza del catetere che si complicano poi con infezioni.

BIBLIOGRAFIA:

1. Crabtree JH, Burchette RJ, Siddiqui RA, Huen IT, Hannot LL, Fischman A. The efficacy of silver-ion implanted catheter in reducing peritoneal dialysis-related infections. *Perit. Dial Int.* 2003;23(4): 368.
2. ChuaAN, Goldstein SL, Bell D, Brewer ED. Topical mupirocin/sodium hypochlorite reduces peritonitis and exit sites infection rates in children. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009;4(12):1939.

02. Sicurezza in dialisi

S. Aranzulla, M. Cantore, L. Degli Emili, S. Gremo, M. Vadori
Asl TO2 P.O. S.G. Bosco, Torino

INTRODUZIONE: Nelle organizzazioni complesse la maggior parte degli incidenti è generata dall'interazione fra le diverse componenti del sistema: tecnologica, umana e organizzativa. Nei servizi di emodialisi la somministrazione dei farmaci avviene quasi esclusivamente per via endovenosa. Vi sono stati due episodi di "near miss": nel 2008 e nel 2010.

METODOLOGIA: L'obiettivo aziendale 2011 "Implementare e implementare la cultura del rischio" e la Raccomandazione n° 7 del Ministero della Sanità hanno permesso di costituire un gruppo di lavoro che ha attuato un approccio di tipo retroattivo al problema, evidenziando le possibili aree di cambiamento e contribuendo al percorso finalizzato alla sicurezza dei pazienti e degli operatori stessi.

RISULTATI: Il gruppo di lavoro ha "costruito" strumenti specifici: Check List del materiale per il posizionamento dell'accesso venoso centrale; scheda di carico/scarico delle fiale di anestetico nella nostra sala chirurgica.

CONCLUSIONI: La decorrenza della nuova procedura è partita il 1° febbraio 2012 con sperimentazione fino al 30 aprile 2012 e riunione informativa di condivisione con l'intero gruppo infermieristico e medico.

La fase di cambiamento è iniziata!

BIBLIOGRAFIA:

Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Raccomandazione n° 7 (revisione) Marzo 2008.

03. L'educazione terapeutica dell'assistito in attesa di trattamento dialitico (uremia stadio V)

A. Bianchini, S. Bianchi

U.O.C Nefrologia-Dialisi AUSL 11, Empoli

INTRODUZIONE: La presa in carico precoce dell'assistito costituisce il perno su cui si articolano i vari livelli di cura e si avvale in primo luogo dell'educazione terapeutica che comprende la sensibilizzazione, l'informazione, l'accettazione e l'integrazione della malattia nel progetto di vita del paziente.

METODOLOGIA: L'infermiere referente del percorso educativo organizza il primo colloquio con l'assistito ed i suoi familiari e se disponibile anche il medico di medicina generale. Durante l'incontro vengono fornite informazioni generali su quelli che sono i trattamenti: emodialisi, dialisi peritoneale e trapianto. Successivamente a tale incontro viene compilata la cartella infermieristica integrata che mette in evidenza gli stili di vita, scheda ASGO, segni e sintomi, identificazione del care giver, mappatura familiare/sociale/lavorativa. Ciò consente di identificare i bisogni educativi sui quali pianificare gli interventi successivi.

RISULTATI: Nell'anno 2011 su 35 persone inserite nel percorso solo due hanno modificato la loro scelta ed hanno avuto la necessità di essere inseriti in nuovi percorsi educativi, il resto degli assistiti hanno condiviso la scelta effettuata e nella somministrazione del questionario hanno dimostrato comprensione sulle informazioni ricevute.

CONCLUSIONI: Un programma strutturato è fondamentale per la qualità di vita degli assistiti. Tale programma è rivolto a pazien-

ti provenienti: dall'ambulatorio nefrologico con clearance ≤ 15 ml/min., dalla degenza con insufficienza renale acuta, utenti trapiantati con rigetto cronico, utenti in lista pre-emptive, utenti che devono modificare il TSR (trattamento sostitutivo renale) per infezioni ricorrenti, incremento ponderale, squilibri elettrolitici, creatinina elevata, stili di vita non conformi al trattamento, stato emotivo compromesso, mappatura familiare modificata.

04. Il monitoraggio e la mappatura degli accessi vascolari in dialisi

A. Bianchini, V. Mennella

U.O.C Nefrologia-Dialisi AUSL 11, Empoli

INTRODUZIONE: Creare uno strumento da allegare alla cartella clinica dell'assistito per la mappatura ed il monitoraggio degli accessi vascolari, previene le complicanze da venipuntura e dà continuità assistenziale alla persona in caso di trasferimenti in altri centri dialitici.

METODOLOGIA: A questo scopo, è stata disegnata, per i pazienti portatori di fistola arterovenosa nativa o protesica, una mappa dell'accesso vascolare, relativa all'arto interessato sede della Fistola Artero Venosa (FAV). La mappa della FAV è stata eseguita mediante osservazione diretta, quindi con la palpazione, e con auscultazione con fonendoscopio del flusso ematico presente.

Per ogni assistito è stato disegnato il suo albero vascolare e le sue diramazioni laddove non era già presente la descrizione comprensibile del chirurgo vascolare, tale immagine descrittiva unita alla foto digitale presente per ognuno, permette di identificare con precisione le zone da pungere, secondo metodi stabiliti per ogni singolo paziente.

Nell'apposita scheda sono state scritte le informazioni aggiuntive che spiegano particolari o specifiche problematiche dell'accesso vascolare, derivanti dall'esperienza nell'incanalamento di tutta l'équipe (infermieristica e medica). Tutto questo lavoro viene catalogato in un file del computer o in un CD, per essere consultato ogni volta che si rileva la necessità e per inviarlo tramite e.mail al Centro Dialisi italiano o internazionale a cui l'utente fa riferimento per esempio durante le vacanze estive.

RISULTATI: Nell'anno 2011 si può affermare che la mappa dell'accesso vascolare ha portato a comportamenti omogenei, un'ampia applicazione del protocollo e un'attenta esecuzione dell'esame obiettivo della FAV che prima non veniva eseguito. Nei pazienti portatori di fistola non si sono manifestate complicanze da venipuntura.

CONCLUSIONI: La mappa dell'accesso vascolare è diventato uno strumento importante anche per eventuali spostamenti del paziente presso gli altri centri dialisi, per soggiorni vacanze più o meno lunghi o in caso di ricovero ospedaliero.

La mappa mostra ai colleghi la conformazione dell'accesso, il tipo di venipuntura a cui il assistito è generalmente sottoposto ed eventuali note particolari o esigenze specifiche.

05. Mortalità in emodialisi: 10 anni di esperienza in un singolo centro

C. Mamone, L. Di Meo, M. Pendenza, P. Priori, E. Pucci, V. Caracciolo, V. Maggiano, F. Della Grotta

U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Albano Laziale, Roma

INTRODUZIONE: Le cause di mortalità nei soggetti in trattamento emodialitico con le comorbilità, l'incremento anagrafico, l'età dialitica richiedono peculiare attenzione. Nel nostro centro, 10

anni di lavoro ci hanno consentito di valutarne l'incidenza con l'intento di attuare protocolli organizzativi per la possibile prevenzione. Dal punto di vista infermieristico conoscere le cause di mortalità in HD ed eventuali correlazioni ci ha portato a collaborare nei protocolli al fine di attuare operatività infermieristiche con l'intento di ridurre gli eventi.

METODOLOGIA: Dal 2001 sono stati trattati 198 in HD, 72 paz/anno, HD standard e metodiche diverse; 37 trapiantati. Cause di ESRD: gnc 58%, vascolari 21%, diabete 6%, ADPKD 5%, altre 10%. Dei deceduti sono registrati età anagrafica e dialitica (anni), cause e comorbilità; i dati espressi $m \pm ds$, correlazioni con Chi Square Test, $p < 0,01$ significativo.

RISULTATI: 86 pz deceduti, 7,8 paz/anno, 54 m (63%), età $71,7 \pm 10,5$ (42-90), età dialitica $9,1 \pm 5,1$ (1-20) e 32 f (37%), $69,8 \pm 10,5$ (37-82), $9,6 \pm 5,1$ (3-19); cause: vasculopatia 34%; aritmia cardiaca 17,4%; neoplasia 14%; infarto del miocardio 10,4%; calcifilassi 7%; altro 15%. **COMORBILITÀ:** Diabete nel 15%, HCV+ 10,6%, dialisi dopo tx di rene 6%. Le correlazioni tra cause di mortalità e comorbilità non significative.

CONCLUSIONI: La prevalenza di cause cardiovascolari e l'incremento di eventi di calcifilassi ci ha indotto ad un maggiore osservazione e dialogo col paziente su sintomi, comportamenti alimentari e stili di vita e se necessario si predisponesse una valutazione cardiologica e l'impegno prevalente era educare il paziente per una adeguata condotta alimentare.

BIBLIOGRAFIA:

Franklin R. US Dialysis Mortality rates High but vary widely between centers. From Renal Week 2010: American Society of Nephrology 43rd annual Meeting.

Murphy S.W. Comparative mortality of hemodialysis and peritoneal dialysis in Canada. K.I. 2000; 57: 1720-6.

06. Analisi della tendenza microbiologica dei liquidi di dialisi; valutazione complessiva delle possibili cause che possono esitare in andamenti migliorativi o peggiorativi del valore microbico dei liquidi

G. Pacor, P. Cicinato, F. Pasquariello, R. Zanchi, P. Panzetta

Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera di Trieste

INTRODUZIONE: Numerose pubblicazioni scientifiche dimostrano l'influenza della qualità dei liquidi di dialisi sullo stato microinfiammatorio dei pazienti in dialisi long-term. Pur non essendovi norme specifiche che impongano controlli periodici sullo stato microbico dei liquidi usati comunemente nei trattamenti dialitici per infusione, nel sangue del paziente, in maniera diretta (nei trattamenti on-line) o indiretta (per backfiltration), è prassi consolidata controllare i liquidi in questione prendendo come riferimento la Tabella IV.1 ("Controlli Microbiologici") pubblicata sulle Linee Guida della SIN nel 2005 su acque e soluzioni per dialisi. Il nostro Centro Dialisi di Trieste segue fin dalla pubblicazione delle Linee Guida SIN 2005 tale metodologia di controllo. Pertanto, dopo alcuni anni di controlli, sono possibili valutazioni complessive di carattere qualitativo e tecnico sui risultati ottenuti per quanto riguarda le cause che, seppur saltuariamente e sotto i livelli soglia, hanno determinato un aumento della conta microbica complessiva (UFC/ml) nei liquidi analizzati.

METODOLOGIA: Sono state prese in esame tutte le apparecchiature (c.ca 90 monitor artificiali di varie aziende) dei 2 Centri Dialisi di Trieste compresi 2 impianti dell'acqua (entrambi in bi-osmosi; uno con anello in PVC fino al 2009 poi trasformato in INOX con un nuovo impianto e l'altro in PVC fino al 2006 poi trasformato in PEX). Il periodo in esame va dal 2005 a tutto il 2011. I campionamenti totali sono stati 2533 di cui 1459 per i monitor di dialisi e 1074 per gli

impianti dell'acqua (inizio e fine anello e carboni attivi). Sono stati analizzati i liquidi prodotti dalla apparecchiature con controllo sulle conte batteriche in UFC/ml con terreno di coltura tipo Columbia Agar a 2 gg. per 37 °C e 2 gg. a temp. ambiente.

RISULTATI: Secondo le indicazioni/riferimenti delle Linee Guida 2005 della SIN, i monitor di dialisi si sono mantenuti per 89,25% dei casi analizzati sotto il limite di inquinamento ossia < 100 UFC/ml, per il 3,5% tra i 100-200 UFC/ml e per 7,25% > 200 UFC/ml. I 2 impianti dell'acqua hanno mantenuto livelli al di sotto della soglia, ossia < 100 UFC/ml, nel 92,1% all'inizio dell'anello e nel 90,45% alla fine dell'anello mentre i carboni attivi solo risultati oltre 100 UFC/ml nel 72% dei casi.

CONCLUSIONI: Nel corso del periodo preso in esame (6 anni) sono stati cambiati i programmi delle disinfezioni, gli agenti chimici usati, i materiali di costruzione delle linee di distribuzione degli impianti e alcuni impianti stessi (sostituiti) e, nell'ultimo anno, anche il laboratorio di analisi; alcuni monitor sono stati sostituiti per obsolescenza. Nel complesso, la qualità dei liquidi usati è stato per oltre il 90% dei casi < di 100 UFC/ml. Tuttavia tutti i cambiamenti sopra indicati hanno contribuito a determinare oscillazioni dei dati monitorati relativi alla qualità dei liquidi. Questo, ha dato all'operatore la consapevolezza che ogni sorta di cambiamento nel sistema "liquidi di dialisi" deve essere attentamente valutato e analizzato. In definitiva, il cambiamento di gestione deve essere monitorato in dettaglio per evitare che vi siano peggioramenti nella qualità e nella purezza dei liquidi usati per i pazienti in dialisi long-term.

BIBLIOGRAFIA:

Bolasco P, Canadese C, Cappelli G, Pedrini L, Pizzarelli F, Pontoriero G, Alloati S. Linee Guida su acque e soluzioni per dialisi. *G Ital Nefrol* 2005; 22: 246-73.

07. Tomografia ad emissione di Positroni con Fluodeossiglucosio (FDG- PET) in dialisi peritoneale: le prospettive attuali e future

M. Pia Zito, C. Raimondi, ** I. Capelli***

** Nefrologi Nefrologia Dialisi e di Trapianto, Azienda Ospedaliera S. Orsola, Bologna

INTRODUZIONE: Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento appropriato delle infezioni dell'exit site, del tunnel sottocutaneo e della peritonite sono determinanti per il corretto management della dialisi peritoneale in quanto le complicanze infettive rappresentano la causa principale di shift all'emodialisi e una delle principali cause di mortalità e morbilità dei pazienti in dialisi peritoneale. Le indagini strumentali, unitamente alla clinica e ai dati laboratoristici, si dimostrano utili nell'impostazione e nel monitoraggio della terapia e nella scelta dell'eventuale rimozione del catetere peritoneale.

METODOLOGIA: L'ecografia del tunnel sottocutaneo viene impiegata per rilevare la presenza di raccolte lungo il catetere, ma questa metodica presenta una scarsa sensibilità e il suo utilizzo non è ancora stato adeguatamente studiato in dialisi peritoneale. La FDG-PET (Tomografia ad Emissione di Positroni con Fluodeossiglucosio) è un'indagine non invasiva che, nonostante gli alti costi e la difficile reperibilità, ha mostrato buona sensibilità e accuratezza anche nello studio di infezioni occulte. Abbiamo quindi valutato l'utilizzo della FDG-PET come indagine complementare e presentiamo tre casi clinici in cui questa metodica si è dimostrata dirimente nella gestione di diverse infezioni correlate alla dialisi peritoneale.

RISULTATI SU CASI CLINICI: • Caso 1. Donna, 82 anni in APD da 4 anni, gemizio purulento dall'exit-site, febbre, vomito, diarrea e

segni di peritonismo addominale. Gli esami laboratoristici mostrano leucocitosi neutrofila, rialzo della proteina C reattiva, conta dei globuli bianchi sul liquido peritoneale di 2370/mmc con predominanza di neutrofili. Viene impostata terapia antibiotica empirica, successivamente, sulla base di esami culturali che mostrano crescita di batterio Gram negativo, con piperacillina/tazobactam e infiltrazioni di gentamicina locali. Il quadro clinico e laboratoristico non migliora nonostante la terapia e la paziente viene sottoposta a FDG-PET che rileva un'aumentata attività lungo il decorso del catetere. Lo stesso giorno la tipizzazione del germe su liquido peritoneale mostra la crescita di *Pseudomonas aeruginosa*. Si decide quindi di rimuovere il catetere, sottoponendo la paziente ad emodialisi fino a risoluzione del quadro infettivo.

• Caso 2. Uomo di 63 anni in CAPD da tre mesi, eritema dell'exit-site e infiltrazione del tunnel sottocutaneo in assenza di febbre o altra sintomatologia. Gli indici di flogosi appaiono alterati, ma l'effluente è limpido con una conta di globuli bianchi di 50/mmc. Si inizia tempestivamente terapia antibiotica infiltrazioni di gentamicina a livello dell'exit-site e del tunnel sottocutaneo. L'ecografia non riscontra raccolte e la PET conferma l'assenza di segni di infezione a livello del catetere peritoneale che viene lasciato in sede continuando il trattamento di dialisi peritoneale.

• Caso 3. Uomo di 64 anni in CAPD da due mesi, sviluppa febbre, dolore addominale, diarrea ed effluente torbido in assenza di alterazioni a livello dell'exit-site o del tunnel. Gli esami ematici rilevano leucocitosi neutrofila, Proteina C reattiva di 15 mg/dL e conta dei globuli bianchi sul liquido peritoneale di 14880/mmc. I culturali del liquido peritoneale mostrano iniziale crescita di batterio Gram negativo senza successiva possibilità di isolamento. La FDG-PET documenta segni di infezione a partenza da polipi e diverticoli intestinali. Il catetere, che invece appare indenne, viene lasciato in sede continuando il trattamento di dialisi peritoneale.

CONCLUSIONI: In letteratura, per quanto a noi noto, è riportato un solo caso di utilizzo della PET per la valutazione dell'infezione del catetere peritoneale. La FDG-PET rappresenta un'interessante indagine complementare nel percorso di diagnosi, cura e monitoraggio delle infezioni correlate alla dialisi peritoneale.

BIBLIOGRAFIA:

Philip Kam-Tao Li, Cheuk Chun Szeto, Beth Piraino, Judith Bernardini, Ana E. Figueiredo, Amit Gupta, David W. Johnson, Ed J. Kuijper, Wai-Choong Lye, William Salzer, Franz Schaefer and Dirk G. Struijk. Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2010 update. *Perit Dial Int* 2010; 30(4): 393-423.

09. Dall'esperienza pratica in emodialisi: l'implementazione di una "nuova" documentazione assistenziale

C. Suma, F. Vignola, A. Scialpi, A. Miali

P.O. Valle D'Itria S.C. di Nefrologia e Dialisi, Martina Franca (TA)

INTRODUZIONE: In passato le teorie sono state considerate dagli infermieri lontane dalla pratica infermieristica, difficili da comprendere e poco d'aiuto. Le esperienze odierne dimostrano che dalla circolarità (pratica-teoria-pratica), nascono metodi e strumenti per descrivere il processo di assistenza infermieristica.

METODOLOGIA: Nell'aprile 2011 un gruppo di lavoro composto da 4 infermieri, un coordinatore e un medico, si sono incontrati per 4 volte:

analizzando le criticità della C.E. in uso; confrontando le C.E. utilizzate da altri ospedali e consultando alcuni testi specifici; elaborando un format di documentazione che testimonia le con-

dizioni del paz. e il processo di cura prestatato.

La prima fase si è conclusa nel novembre 2011 con la presentazione, informazione/formazione del nuovo strumento agli infermieri e al Direttore per raccogliere pareri e osservazioni.

RISULTATI: Il gruppo ha elaborato una cartella con struttura modulare composta:

dati anagrafici, prescrizione medica dialitica e terapia; accertamento infermieristico; monitoraggio FAV; monitoraggio CVC; scheda emodialitica integrata.

L'immissione della C.E.I. in fase sperimentale ha avuto inizio il 1° gennaio 2012.

CONCLUSIONI: La sperimentazione di una nuova documentazione rappresenta anche un'occasione di riflessione collettiva, che unisce i diversi professionisti che partecipano all'esperienza, contribuisce a migliorare la capacità critica e a rafforzare le relazioni all'interno dell'U.O.

BIBLIOGRAFIA:

Esposito M. La gestione del team infermieristico. Strumenti e metodologie. Milano: Hoepli, 2007.

Manara Duilio F. Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come saggezza pratica. Nursing oggi 2002; 3: 16-28; 2002; 4: 18-27.

Benner P.E. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. Milano: McGraw-Hill, 2003.

10. Gruppi di sostegno in una popolazione di pazienti in dialisi

M. Laghi¹, C. Rondelli², A. Greco¹, R. Biserni¹, G. Mosconi¹

¹U.O. Nefrologia e Dialisi

²Dipartimento Psicologia, Ospedale Morgagni-Pierantoni, Forlì

L'insufficienza renale cronica ed i relativi trattamenti sostitutivi influenzano la qualità della vita dei pazienti. In letteratura è riportata la necessità di un'adeguata informazione sulle diverse opzioni terapeutiche per una idonea preparazione alla dialisi; è segnalata inoltre l'importanza di una alleanza terapeutica (équipe nefrologica/paziente) per una miglior compliance.

PAZIENTI E METODI: Dal 1° novembre 2010 abbiamo seguito un gruppo di 20 pazienti in trattamento sostitutivo (18 in emodialisi, 2 in peritoneale) con sedute di ascolto (training di due ore, ritmo settimanale) guidate da personale laureato in psicologia. Abbiamo valutato variabili psicosociali (sostegno, rappresentazione della malattia), aspetti legati al sé (fiducia in sé e nel trattamento), aspetti emotivi (rabbia, delusione, vergogna), informativi legati al trattamento e relazionali (rete sociale).

Quali strumenti di verifica sono stati utilizzati un'intervista semistrutturata e il questionario sull'area della qualità della vita WHO-QOL Breve (WHO, 1995).

RISULTATI: Le variabili psicosociali sono risultate in grado di influenzare i diversi ambiti della qualità di vita (visione della malattia, stili di coping). L'atteggiamento di fronteggiamento nei confronti della condizione clinica, piuttosto che di evitamento, migliora il quadro psicologico con positive ripercussioni sullo stato fisico.

CONCLUSIONI: La presenza di un sostegno sociale percepito è in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti.

11. La terapia continua renale (CRRT) nel bambino in area critica: modello di organizzazione interdipartimentale

V. Bandinu¹, D. Ciullo¹, A. Tancredi¹, P. Lozzi¹, E. Iacolla¹, C. Pia¹, N. Avari¹, F. Masucci¹, M. Franci², S. Benelli³

¹U.O. di Dialisi, Dipartimento di Nefrologia-Urologia

²Rianimazione Centrale. ³Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma

La CRRT è una tecnica di dialisi extracorporea in continuo incremento in campo pediatrico. Vengono trattati con CRRT bambini con patologie che compromettono uno o più organi, solitamente pazienti critici trattati in area intensiva. Questa tecnica oggi è applicata anche in pazienti molto piccoli e per la sua complessità è necessario personale infermieristico opportunamente formato e aggiornato. L'organizzazione della CRRT in un ospedale pediatrico richiede interazione e coordinamento multidisciplinare. L'ospedale Bambino Gesù è un ospedale di 3° livello con oltre 500 posti letto nel presidio di Roma. È dotato di 4 terapie intensive: Cardiochirurgica (TIC), Neonatale (TIN), Rianimazione Centrale (RC), Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA). Tutte le realtà intensive sono in grado di accogliere neonati che necessitano di CRRT. Con lo scopo di rendere autonomo il personale infermieristico delle U.O. interessate e per ridurre il ricorso ad interventi continui del personale di dialisi sono stati istituiti corsi teorico-pratico rivolti al personale infermieristico inserito nelle terapie intensive. I corsi sono stati introdotti nel 2007 con una parte teorica e proseguiti con la "formazione sul campo" nelle U.O. di degenza. È prevista la figura di un "CRRT tutor" (V.B.) per la CRRT e individuate 2 tutor "locali" nelle aree intensive. I corsi hanno frequenza biennale. Ogni 6 mesi il personale effettua re-training per l'aggiornamento costante delle tecniche. Al fine di uniformare le modalità di gestione, in tutte le aree intensive si utilizzano monitor dello stesso modello. Ad oggi sono state formati 25 infermieri delle Unità di Terapia Intensiva. La TIC gestisce in maniera autonoma i suoi pazienti e la CRRT è spesso associata a circolazione extracorporea con ossigenatore a membrana (ECMO); RC e DEA sono parzialmente autonomi. La competenza dell'ECMO è in fase d'acquisizione da parte del RC e del DEA spesso combinata con CRRT. Le mansioni e le competenze sono oggetto di una procedura dell'ospedale in via di preparazione.

L'esperienza dimostra come sia possibile uniformare l'utilizzo della CRRT in tutte le aree intensive. Corsi di formazione sul campo, impiego di protocolli medico-infermieristici permettono un turnover infermieristico che garantisce la presenza di almeno 1 infermiere/turno esperto di CRRT.

12. Nursing nutrizionale in dialisi peritoneale

Enni Paola Manias

Dialisi Peritoneale, Azienda Ospedaliera S. Maria, Pordenone

INTRODUZIONE: Il personale infermieristico che segue i pazienti affetti da I.R.C. che iniziano il trattamento dialitico peritoneale, si trovano nella necessità di cambiare radicalmente le indicazioni dietetiche, passando da una dieta ipoproteica della terapia conservativa ad una dieta iperproteica della dialisi peritoneale. Il rapporto particolarmente stretto e di fiducia reciproca che si crea tra infermiere e paziente, apre un canale privilegiato permette di motivare e di monitorare più efficacemente l'adesione al programma dietetico redatto dalla dietista.

METODOLOGIA: Il personale opera un intervento di nursing orien-

tato al paziente piuttosto che alla metodica osservando dei suggerimenti che andiamo a spiegare. Ad ogni incontro con il paziente il personale dedicherà il tempo necessario per osservarlo, cogliendo i suoi cambiamenti, ponendo degli obiettivi fattibili motivandolo e incoraggiandolo e rendendolo partecipe ai suoi risultati ottenuti.

Tutto il nostro operare deve tener presente che per avere una buona compliance si deve lavorare sulla concordance.

RISULTATI ATTESI: Ottenere la massima adesione al programma dietetico raggiungibile dal singolo paziente

13. Applicazione della tecnica del buttonhole in un centro dialisi con turnover degli operatori

A. Novelli, B. Cicconi, L. Mandolesi, C. Torzolini, F. Bruni
ASUR Marche Area Vasta n. 5 U.O. di Nefrologia Dialisi, Ospedale "Madonna del Soccorso", San Benedetto del Tronto (AP)

INTRODUZIONE: Le evidenze cliniche internazionali indicano che la FAV è l'accesso vascolare d'eccellenza per le sedute emodialitiche. Le tipologie di punzione della FAV sono: a scala di corda, in area, a buttonhole.

METODOLOGIA: Nell'aprile 2010 abbiamo introdotto nel nostro centro dialisi la tecnica del buttonhole. Inizialmente gli operatori a gruppi di 3 hanno incannolato 1 fistola per volta, utilizzando brevi filmati per memorizzare l'inclinazione dell'ago nel momento dell'infissione dell'ago tagliente; dopo 8 infissioni circa veniva utilizzato l'ago smusso. Successivamente gli operatori si alternavano sulle fistole solo in base ai turni di servizio.

RISULTATI: In 22 mesi 49 su 51 pazienti utilizzano la tecnica buttonhole con aghi smussi. Abbiamo registrato da parte del paziente: maggiore sopravvivenza della FAV, minore dolore nella sede di infissione degli aghi, ridotto tempo di emostasi, migliore estetica del vaso e del braccio sede di FAV, da parte degli operatori: meno errori di incannolazione, meno stress emotivo.

CONCLUSIONI: La tecnica Buttonhole da indubbi vantaggi sia ai pazienti che agli operatori, dopo una fase iniziale di training del personale, tutti gli operatori possono essere coinvolti in tale metodica e se non tutti, quasi tutti i pazienti portatori di FAV con vasi nativi possono usufruire di tale metodica; anche centri di dimensioni medie o grandi possono essere in grado di offrire tale tecnica.

BIBLIOGRAFIA:

The Buttonhole Technique for Arteriovenous Fistula Cannulation. *Nephrol Nurs J* 2006; 33(3).

La tecnica buttonhole: dovrebbe diventare la tecnica preferenziale per i pazienti in dialisi con fistola originale? *J Renal Care* 2008; 34: 101-08.

15. Effetto della dieta ipoproteica in un campione selezionato di pazienti anziani con insufficienza renale cronica avanzata

B. Aronica¹, V. Cittero¹, D'Angelo F¹, Mastriani S.¹, Torti G.¹, Stella A²

¹Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza

²Università degli Studi Milano Bicocca, Clinica Nefrologica A.O. San Gerardo, Monza

INTRODUZIONE: Nel paziente anziano l'entrata in dialisi non sembra prolungare la sopravvivenza, riduce la qualità di vita ed aumenta i costi sociali. L'ausilio di diete ipoproteiche può consentire di posticipare l'ingresso in dialisi mantenendo un buono stato metabolico e nutrizionale nel paziente.

METODI: Abbiamo studiato 8 pazienti, senza DM, con IRC avanzata, età media 82 anni e proposto una dieta ipoproteica 0.3 g/P/kg, normocalorica, supplementata con amminoacidi essenziali e chetoanaloghi, controllata in P, K, Na. I pazienti hanno seguito la dieta per un periodo medio di 9 mesi monitorati da un team multidisciplinare composto da nefrologo, dietista e infermieri che ha valutato: stato nutrizionale, uremia e sintomi associati all'uremia (test SGA).

RISULTATI: Si è registrato un lieve calo ponderale e dell'albumina plasmatica, non statisticamente significativi. I valori di emoglobina non hanno mostrato variazioni significative. P e K si sono lievemente ridotti, variazione non statisticamente significativa; l'azotemia si è ridotta in maniera significativa ($p < 0,05$). Il reciproco della creatinina ha mostrato stabilità di VFG. Il test SGA ha rilevato un miglioramento dei sintomi uremici.

CONCLUSIONI: La dieta ipoproteica 1) mantiene i pazienti in buono stato nutrizionale; 2) non influisce negativamente sui valori di Hb; 3) migliora l'iperkaliemia, l'iperazotemia e l'iperfosforemia; 4) migliora i sintomi uremici e consente di posticipare di circa 9 mesi il ricorso alla dialisi.

16. Criticità correlate ai CVC tunnelizzati: un problema aperto

A. Mancini, S. Gioira, P. Gunella
ASL VCO SOC Nefrologia/Dialisi, Direttore f.f. M Borzumati

INTRODUZIONE: L'invecchiamento della popolazione uremica ha portato ad un cambiamento nel panorama degli accessi vascolari per emodialisi.

Il confezionamento di un accesso vascolare definitivo con vasi nativi rappresenta la prima scelta; spesso tale opzione non può essere messa in atto a causa della scarsità del patrimonio vascolare e delle comorbidità presenti.

Negli ultimi anni si è registrato un crescente aumento del numero dei CVC tunnelizzati (CVCT), come accesso vascolare permanente sia nei pazienti prevalenti che incidenti. Questo ha portato ad un aumento del rischio di infezioni ad essi correlate. Nei pazienti in trattamento dialitico portatori di CVCT il rischio di mortalità nel primo anno di trattamento è > 70% rispetto ai pazienti che utilizzano una fistola arterovenosa (FAV).

MATERIALI E METODI: Abbiamo analizzato in modo retrospettivo i pazienti portatori di CVCT nella popolazione dialitica dell'anno 2011.

Il totale di pazienti incidenti è stato 44: 22 hanno confezionato FAV, 10 hanno posizionato CVCT e 12 pazienti hanno posizionato catetere peritoneale.

I pazienti prevalenti al 31 dicembre 2011 erano 155: 114 portatori di FAV, 19 portatori di CVCT, 22 in trattamento con dialisi peritoneale.

Nel corso dell'anno oggetto dell'osservazione il numero totale dei portatori di CVCT è stato di 23; 4 pazienti sono deceduti nel corso dell'anno per un totale di 5213 giorni/catetere.

Tra questi 23 pazienti 11 erano portatori di CVCT di Tesio posizionati in v giugulare, N 3 CVCT di Tesio posizionati in v femorale, N 9 CVCT Hemoglide doppio lume posizionati in v giugulare. Con età compresa da 59 a 85 anni. Negli ultimi anni abbiamo registrato un incremento dei pz portatori di CVCT, si infatti passati da una media dell'8% al 14,3%.

La gestione dei CVC è competenza dell'infermiere che deve assicurare una corretta assistenza e prevenire le possibili complicanze.

Le manovre di attacco/stacco seguono un protocollo standardizzato, realizzato nel nostro centro, ad un operatore con tecnica

no-touch per snellire l'attività assistenziale nelle sale di Dialisi e per utilizzare al meglio le risorse umane a disposizione. È stata creata una scheda di sorveglianza per la raccolta sistematica dei dati.

RISULTATI: I dati relativi al periodo d'osservazione hanno rilevato l'insorgenza di 11 batteriemie CVC correlate in 6 pz per un totale di 2,1/1000 gg catetere. Tra i 6 pz. che hanno sviluppato l'evento infettivo 3 erano diabetici e 1 era portatore di CVCT in vena femorale. Tre pz. hanno sviluppato una doppia infezione con diverso agente patogeno: di questi 2 erano diabetici e 1 presentava condizioni igieniche scadenti secondarie a gravi comorbilità psichiatriche. Gli agenti patogeni responsabili delle batteriemie sono stati 4 gram pos. e 7 gram neg.

DISCUSSIONE: Alla luce dei dati raccolti si è reso necessario ridiscutere il protocollo fin ad ora adottato. Il documento costituisce uno strumento e quello proposto permette di preparare e utilizzare in modo sterile il materiale necessario al trattamento, prevenire e riconoscere eventuali infezioni del CVC, diagnosticare precocemente le complicanze correlate al malfunzionamento (trombosi o dislocazione del CVC) coinvolgendo e responsabilizzando ogni singolo operatore.

È stata proposta la presenza di 2 operatori per la procedura di attacco/stacco ed è stato sostituito il disinfettante in uso: Iodio-povidone con Amukina al 0,1% visto il maggior numero di batteriemie CVC correlate da grm neg.

CONCLUSIONI: In considerazione della tipologia di popolazione la necessità di utilizzare come accesso vascolare un CVCT in luogo di una FAV diventa sempre più una scelta obbligata. A questa situazione consegue il rischio dell'aumento di eventi infettivi CVC correlati.

Le infezioni da CVC costituiscono un problema aperto che ci induce a riflettere su quale sia la strada migliore da intraprendere. Le possibili strategie individuate sono: 1) l'adozione di protocolli condivisi (regionali/nazionali) con cui definire procedure standardizzate relative alla fase di attacco/stacco, al disinfettante da utilizzare; 2) la formazione del personale; 3) la verifica adesione ai protocolli (audit; individuazione figure tutoriali); 4) la selezione dei pazienti a rischio cui riservare procedure personalizzate, ad esempio l'utilizzo nel priming di chiusura della taurolidina.

BIBLIOGRAFIA:

1. NKF-KDOQI Clinical Practice Guidelines for Vascular Access. Am J Kidney Dis 2006; 48(Suppl 1): S176-257.
2. Rabindranath KS, Bansal T, Adams J et al. Systematic review of antimicrobials for prevention of haemodialysis catheter-related infections. Nephrol Dial Transplant 2009 Jul 10.
3. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. CDC Atlanta 2011.
4. Michiel G H. Betjes and Madelon van Agteren. Prevention of dialysis catheter-related sepsis with a citrate-taurolidine-containing lock solution. Nephrol Dial Transplant 2004; 1 of 6, DOI: 10.1093/ndtgh014.
5. Quarello F, Forneris G. Prevention of Hemodialysis Catheter-related Bloodstream infection using an antimicrobial lock. Blood Purification 2002; 20: 87-92.

17. Lo studente in dialisi: esperienza nel PO S.G. Bosco di Torino

G. Iannarelli, M. Vadori, F. Catania

ASLTO2 P.O. S.G. Bosco Torino, SC Nefrologia e Dialisi
Direttore: Dott. F. Quarello

Nella formazione infermieristica il tirocinio costituisce l'elemento di saldatura tra il sapere teorico e il sapere pratico, e rappresenta l'elemento caratterizzante di tutto il processo formativo.

Le proposte di tirocinio, per gli studenti del secondo anno di corso che effettuavano il percorso di apprendimento clinico-assistenziale in Area medica Nefro-urologica, per l'ambito nefrologico prevedevano il tirocinio solo nel reparto di Nefrologia e non quello in Sala Dialisi.

Ne derivava un limite nella conoscenza del percorso dell'assistito in particolare della persona con Insufficienza Renale e Nefropatia diabetica (problemi di salute prevalenti).

Da qui la necessità di strutturare percorsi di apprendimento, che permettano allo studente, di acquisire competenze nella gestione della persona assistita (PA) sull'intero percorso clinico assistenziale.

Nel 2010-2011 è nato un progetto che si è posto l'obiettivo di integrare le proposte di tirocinio strutturando percorsi di apprendimento rivolti a studenti del terzo anno di corso per quanto riguarda la PA sottoposta a trapianto renale e a trattamento sostitutivo dialitico peritoneale e di emodialisi ospedaliera/domiciliare, ritenute opportunità formative importanti attraverso le quali lo studente può, anche, sperimentare significative esperienze di progettazione di percorsi educativi.

18. "Mangia con me!": dall'informazione all'educazione alimentare nella persona emodializzata

M. Bonora, V. Bonori, M.P. Fiorito, D. Tosi

Policlinico S. Orsola-Malpighi, Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Bologna

INTRODUZIONE: Con l'inizio del trattamento sostitutivo, il paziente deve cambiare, talvolta anche drasticamente, le proprie abitudini alimentari: in dialisi il regime alimentare è povero di liquidi e ricco di proteine. L'idea di questo lavoro dedicato all'alimentazione del paziente affetto da insufficienza renale cronica non è certo innovativa, come non lo è il concetto che lo stesso paziente debba essere educato e non solo informato riguardo a come comportarsi a tavola. La realtà quotidiana della nostra U.O. ci conduce a prestare particolare attenzione all'accettazione della malattia da parte del paziente perché possa condurre una vita qualitativamente migliore. Un'analisi critica della situazione attuale ci spinge a volere motivare il paziente a correggere il proprio comportamento alimentare.

SCOPO/OBIETTIVI: Ci si propone attraverso il percorso "dall'informazione all'educazione terapeutica" di condurre la persona dializzata non solo a conoscere ma anche ad imparare e ad autogestire le attività legate all'alimentazione con il fine di ottenere il suo benessere psico-fisico.

METODOLOGIA: I passo: aggiornare il personale infermieristico al fine di acquisire nuove strategie e quindi più competenze nell'educare il paziente ad alimentarsi nel modo corretto; II passo: implementare la documentazione già in nostro possesso, per esempio, introducendo possibili menu dietetici come supporto al contesto familiare, in modo che non sia percepito dalla persona come un arido elenco di alimenti vietati, concessi o a cui fare attenzione; III passo: dedicare più tempo per illustrare e commentare insieme questi opuscoli; IV passo: richiedere un incremento della presenza in reparto del dietista; V passo: creare uno strumento di monitoraggio dei risultati ottenuti (questionario valutativo).

ASPETTATIVE DI RISULTATO: Riteniamo che questo approccio, per noi innovativo, alle problematiche in essere possa portare: nel breve termine ad una maggior conoscenza del regime dietetico e ad un maggior coinvolgimento del contesto familiare; nel medio all'instaurarsi di un maggior rapporto di fiducia col paziente; nel lungo termine a diventare il protagonista della sua nutrizione.

CONCLUSIONI: Auspichiamo che il nostro lavoro possa trasformare un semplice passaggio di informazioni nutrizionali in un vero e proprio percorso educativo per il paziente con il fine di consentirgli di identificare e modificare le proprie conoscenze e credenze alimentari che possono essere dannose per se stesso e che possono aggravare la sua malattia.

BIBLIOGRAFIA:

Cento ricette: per mangiare bene in Nefrologia Dialisi e Trapianto, di G. Dequino, M. Gino et al, ed. TECA Editrice.

www.emodialisi.altervista.org/alimentazione.html

Mantieni l'organismo in equilibrio "Genzyme".

19. Valutazione nutrizionale e biimpedenziometrica in corso di IDPN

G. Grosso, M. Ciccotti, E. Forcina, F. Di Vittorio, A. Saccomandi, D. Del Gaone, G. Morelli, E. Di Bonaventura
 UO Nefrologia e Dialisi, PO ATRI-ASL, Teramo

INTRODUZIONE: La malnutrizione calorica-proteica è causa di morbidità e mortalità nei pazienti affetti da IRC in emodialisi. Nei pazienti in dialisi la prevalenza di malnutrizione oscilla tra il 35-60%; La IDPN permette di contrastare lo stato di malnutrizione tramite la somministrazione, in corso di dialisi, di sacche contenenti AA, lipidi e glucidi. Abbiamo allestito uno studio per verificare se la IDPN sia in grado di indurre, anche nel breve termine, un miglioramento dei parametri più comuni di malnutrizione nei pazienti in HD.

METODOLOGIA: Sono stati studiati 6 pazienti (3 diabetici) in HD trisettimanale per 6 mesi con i seguenti criteri di inclusione: in HD da almeno 6 mesi, albuminemia <3.5 gr/dl, mai trattati con IDPN, accesso vascolare senza ricircolo, normale Kt/V. L'età media dei pazienti (4M/2F) era 77anni, tutti in HDF. Si è utilizzata una sacca N4-Baxter da 1 lt (AA 5,5% ml 400, Lipidi 10 % ml 200, glucosio 20% ml 400) in post-diluizione. Sono stati valutati a 0, 1, 3 e 6 mesi: BMI, Kt/V, peso, bioimpedenziometria, albumina, proteine, transferrina, glucosio, colesterolo, trigliceridi, GOT, GPT sieriche.

RISULTATI: Dopo l'uso dell'IDPN i marker nutrizionali mostravano un miglioramento significativo, così come migliorava il quadro bioimpedenziometrico con > massa magra.

CONCLUSIONI: Lo studio, anche se con tempo di osservazione ridotto e numero limitato di pazienti, conferma l'ipotesi che l'uso della IDPN per un lungo periodo possa migliorare la sintesi proteica e lo stato di malnutrizione dei pazienti in HD.

BIBLIOGRAFIA:

Fouque D, et al. EBPG guideline on nutrition. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22 (Suppl 2): ii45-87.

Dukkipati R, et al. Is There a Role for Intradialytic Parenteral Nutrition? A Review of the Evidence. *Am J Kidney Dis* 2010; 55: 2.

20. Accesso alla consulenza dietologica da parte del paziente emodializzato dei centri dialisi dell'Azienda USL di Bologna

D. Baraldi

C.P.S.I. AZ USL, Bologna

L'alimentazione rappresenta un elemento importante per la vita del paziente emodializzato, quindi per avere un miglioramento dell'assistenza fornita e come richiesta venuta dai pazienti attraverso le associazioni dei malati, un gruppo di lavoro multidisciplinare dell'Azienda USL, ha creato un percorso per offrire un

veloce accesso alla consulenza dietologica.

OBIETTIVI: Avere a disposizione degli strumenti efficaci per valutare il tipo di consulenza necessaria allo stato nutrizionale del paziente. Questi strumenti devono essere efficaci, poiché vengono utilizzati da personale infermieristico senza conoscenze specifiche nell'ambito nutrizionale.

Ci siamo quindi proposti di creare un percorso di accesso alla consulenza dietologica, in cui gli infermieri dei centri dialisi, con la somministrazione di due schede al paziente, lo possono inviare, a seconda dei risultati ottenuti, alla visita con il medico nutrizionista, oppure alla consulenza con la dietista, oppure a incontri di gruppo per un momento di educazione collettivo, previsti due volte l'anno.

METODI: Per realizzare questo percorso, abbiamo creato in collaborazione con il U.O.C. Dietologia e Nutrizione Clinica della nostra azienda un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da infermieri dei centri dialisi, dietiste, medici nefrologi, medici nutrizionisti.

Questo gruppo di lavoro ha creato due schede:

- griglia rilevazione dei bisogni dietetici;
- scheda MIS.

La scheda di rilevazione dei bisogni dietetici, è stata creata dal gruppo di lavoro, prendendo ispirazione da schemi già in uso per l'accertamento infermieristico presenti nella cartella integrata di dialisi, attualmente in uso nei centri dialisi aziendali.

La scheda MIS, è stata estrapolata dalla letteratura, e poi adattata alle esigenze emerse dalla discussione tra i medici delle diverse discipline. In modo particolare, molta discussione hanno suscitato i cut-off degli esami ematici da adottare per stabilire il passaggio di livello dello stato nutrizionale.

RISULTATI: Abbiamo inizialmente fatto una sperimentazione delle schede, sottoponendole a due gruppi di pazienti, in due diversi centri dialisi, e le schede sono risultate di facile utilizzo da parte degli infermieri dei centri dialisi. In seguito le schede sono state sottoposte a tutti i pazienti dei centri dialisi. I dati sono stati raccolti ed elaborati e i pazienti avviati ai diversi percorsi.

21. Bottonhole: Esperienza del CAD Ospedale Bellaria dell'Azienda USL di Bologna

C. Morselli, P. Sabbioni, T. Aliberti, I. Miale, S. Catalani, E. Latino, V. Melandri, L. De Razza
 Dialisi Ospedale Bellaria, Bologna

INTRODUZIONE: La tecnica della puntura bottonhole è un metodo che prevede l'incannulamento della fistola arterovenosa da parte dell'operatore esattamente nello stesso punto ogni volta con la stessa inclinazione e profondità di penetrazione.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA E MOTIVAZIONE: Dopo un'attenta valutazione della letteratura in merito alla tecnica di puntura bottonhole, l'esperienza di altri centri dialisi e la risoluzione di importanti problematiche relative all'accesso arterovenoso è partito in noi infermieri il bisogno di esaminare se quanto descritto e già applicato potesse trovare attuazione anche nella nostra realtà.

METODO E STRUMENTI UTILIZZATI: Dicembre 2007-aprile 2009, compilazione della scheda di monitoraggio degli accessi arterovenosi forniti dall'EDTNA-ERCA. Informazione verbale ai pazienti relativa alla tecnica. Adozione del protocollo di puntura a sito costante (EDTNA-ERCA). Da settembre 2009 a dicembre 2011 compilazione sulle schede di registrazione della seduta dialitica degli aghi utilizzati e report fotografico del braccio della Fistola Arterovenosa per ogni singolo paziente con i relativi punti di repere per la venipuntura. Non completa adesione al protocollo EDTNA-ERCA. Da gennaio a febbraio 2012, somministrazione e

raccolta dati di questionari sia per pazienti e sia per infermieri costituiti da diversi item: percezione del dolore, differenze della puntura, tempo di emostasi, problemi rispetto al funzionamento della propria FAV, benefici del nuovo sistema di puntura, benefici rispetto al protocollo di puntura della FAV, difficoltà nell'attuazione del protocollo e i relativi aspetti e suggerimenti in merito alla tecnica di puntura.

RISULTATI OTTENUTI: Dal dicembre 2007 ad aprile 2009 su 22 pazienti portatori di FAV native, 18 pazienti utilizzano la tecnica di puntura bottonhole con aghi taglienti (non previsti aghi smussi in budget). Dal settembre 2009 al dicembre 2011 su 59 pazienti portatori di FAV native, 55 utilizzano la putura bottonhole di cui 6 hanno iniziato la tecnica di puntura dal confezionamento della fistola arterovenosa. Dal settembre 2010 il CAD utilizza anche gli aghi smussi. Dal 2012 su 60 pazienti portatori di FAV native 56 utilizzano la tecnica di puntura bottonhole e di questi 1 paziente ha iniziato la tecnica dal confezionamento della fistola arterovenosa.

RISULTATI ATTESI: %Riduzione dell'ansia da incannulamento da parte dell'operatore;

%Riduzione dello stimolo doloroso da venipuntura;

%Riduzione dei tempi di emostasi;

%Riduzione delle complicanze su fistole native di prima utilizzazione (ematomi, aneurismi);

%Intercambiabilità tra aghi smussi e aghi taglienti nella gestione della tecnica;

BIBLIOGRAFIA:

Agorà n°46 dicembre 2010. Puntura ad occhio o Bottonhole. Tecnica di venipuntura della Fistola Arterovenosa. Esperienza centro dialisi Como Azienda Ospedaliera S. Anna.

M. Pegoraro. La puntura ad occhio della FAV arterovenosa. Storia e dati di evidenza nell'applicazione della tecnica. Milano: Wichtig Editore 2008.

Goovaerts T. Presentazione alla conf.Inter.EDTNA-ERCA. Ginevra 2004.

Marticoarena R. Presentazione alla conf.Inter.EDTNA-ERCA. Ginevra 2004.

Individuazione degli indici motivazionali alla scelta della metodica dialitica; una ricerca pilota

G. Cangini, M.P. Fiorito, M.P. Zito, C. Raimondi

Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi, Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Bologna

INTRODUZIONE: La scelta dialitica di una terapia salvavita, che consente al paziente la propria sopravvivenza ma anche quella della sua malattia, coinvolge sia l'istinto di sopravvivenza, da un lato, sia la necessità di gestire liberamente la propria giornata dall'altro. In questo caso, tali necessità non possono trovare entrambe le loro naturali espressioni, pertanto deve intervenire la capacità di adattamento propria dell'uomo per affrontare nuove e difficili situazioni. Il presente lavoro si propone di produrre una procedura valutativa per individuare uno strumento sensibile utile ad indirizzare il personale sanitario sull'attitudine e motivazione del paziente rispetto alla scelta dialitica. Questo studio pilota è rivolto ai soggetti in CKD (insufficienza renale cronica), che non presentano controindicazioni che impongano la scelta dialitica e dove l'équipe assistenziale rimanda tale decisione al paziente.

METODOLOGIA: Somministrazione di un questionario a un campione di 30 persone che avevano scelto il tipo di metodica dialitica. Colloqui informativi coordinati dall'infermiere e dal nefrologo, atti a spiegare le differenti metodiche dialitiche. Somministrazione di test psico-attitudinali consegnati da un psicologo, atti

ad indagare le caratteristiche socio-familiari, lo stato depressivo (S.T.A.Y. forma Y 1-2), lo stato ansioso (B.D.I.) ed il *locus of control* (scala controllo interno-esterno di Rotter, validazione italiana a cura di G. Nigro).

Criteri d'inclusione: Età tra i 45 e 55 anni; Buona compliance alle terapie; Idoneità al trapianto; Non comorbidità associata; Anamnesi psicologica negativa.

Il campione è formato da: 13 soggetti in dialisi peritoneale (gruppo E); 17 emodializzati (gruppo P).

RISULTATI: I dati della batteria di test sono stati elaborati in forma comparativa tra i due gruppi

S.T.A.I.; il gruppo "E" risulta maggiormente compromesso ($p<0.01$) rispetto al gruppo "P"; nelle scale ansia stato-tratto; B.D.I. ha evidenziato una differenza statisticamente significativa ($p<0.001$); gli indici depressivi del gruppo "E" sono maggiori rispetto al gruppo "P"; Rotter scale; il gruppo "P" dimostra un maggiore controllo interno rispetto al gruppo "E" ($p<0.001$).

CONCLUSIONI: In conclusione appare chiaro come a bassi indici di ansia e depressione corrisponda un alto indice di questi soggetti a sentirsi adeguati nella gestione di una metodica così complessa come l'autonomia della dialisi peritoneale. Risulta quindi necessario, a nostro parere, consolidare la prassi sperimentale al fine di avere un percorso standardizzato delle principali variabili che possono influenzare la scelta della metodica dialitica e la qualità della compliance terapeutica da parte di questi soggetti in attesa di trapianto. In considerazione dei risultati è nostra intenzione standardizzare tale prassi come screening di orientamento alla scelta della metodica dialitica.

Il training a casa in dialisi peritoneale: i primi risultati di un progetto per la cura domiciliare

C. Benigni, S. Carnoli, D. Franchini, M.G. Olivetti, M. Riccardi, A. Testa

Infermieri di Dialisi, Baxter Healthcare, Divisione Renal - Italia

INTRODUZIONE: L'educazione alla cura dovrebbe far acquisire e far mantenere nel tempo al paziente quelle competenze che meglio lo aiutano a vivere con la sua malattia cronica. Essa prevede contemporaneamente più attori, più ruoli e molteplici contenuti che possono comprendere attività di sensibilizzazione (dei curanti), di informazione (delle persone malate e delle loro famiglie), di apprendimento dell'autogestione (del paziente e il suo care giver), di prescrizione del trattamento (dei clinici), di aderenza alla cura (del paziente), di valutazione del contesto ospedaliero e domiciliare.

OBBIETTIVO: Una terapia definita come "dialisi domiciliare" non può escludere qualsiasi intervento da parte dei curanti presso il domicilio del paziente, con la pretesa di gestire, coordinare, monitorare, sostenere un trattamento, un processo di autocura seguendo un profilo assistenziale tipicamente ospedaliero. Il modello assistenziale dell'infermiere di famiglia e di comunità diviene un riferimento necessario ed efficace se applicato alla cura della dialisi domiciliare. I primi risultati emersi da questo progetto, training a casa del paziente in dialisi peritoneale, sembrano indicare il giusto approccio.

MATERIALI E METODI: Training a domicilio del paziente (incidente). Pianificazione giorni e orari training standardizzata, modalità di erogazione (matt/pom) concordata col paziente. Rapporto 1/1: infermiere-paziente e/o infermiere/care giver. Utilizzo di materiale didattico secondo il profilo richiesto dai principi di educazione terapeutica e conforme a linee guida internazionali di dialisi peritoneale: "PD in Sicurezza". Questionario di valutazione fine training. Follow-up standar-

dizzato e validato statisticamente. Consenso informato.
RISULTATI: 141 pazienti trainati a domicilio/32 Centri DP. Periodo gennaio 2010/maggio 2011. Mesi osservazione 17. Confronto Drop out: pazienti trainati in ospedale vs pz. trainati a domicilio.

Drop out	3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi
Training casa	2,1%	8,6%	18,3%	26,3%
Training ospedale	8,9%	17,5%	24,0%	30,4%

I primi dati rilevati indicano una significativa riduzione del drop out per cause relative alla autogestione della cura (esecuzione dello scambio, prevenzione delle infezioni, cura emergenza cutanea, aderenza farmacologica, attenzione alle indicazioni dietetiche e di lifestyle). Tali dati saranno completati a conclusione dei 12 mesi/sorveglianza/inizio terapia domiciliare, per tutti i pazienti, maggio 2012.

CONCLUSIONI: In un piano di cura, nella malattia cronica, è sempre più importante formalizzare le attività di educazione e di organizzazione di un vero e proprio programma che comporti sequenze, tecniche, mezzi e documenti che facilitino l'appren-

dimento da parte del paziente e nel contempo incoraggino il curante a sviluppare l'orientamento al cambiamento. Trasferire il piano di cura al domicilio del paziente è uno tra i primi strumenti che consente di realizzare un rapporto di fiducia, valutare globalmente i bisogni del nucleo familiare o del singolo comprendendone le peculiarità. Nel rapporto di alleanza terapeutica che si instaura tra i due attori principali, paziente-infermiere, la posizione raggiunta è quella meta: il paziente accoglie l'infermiere nel suo ambiente di vita, diviene co-protagonista del piano di cura, definisce la qualità del tempo a lui dedicata che l'infermiere ridefinisce attraverso comportamenti di conferma.

BIBLIOGRAFIA:

NY State Education Dept, Nursing Handbook, Albany, NY, 1992. Gordon M. Nursing Diagnosis: process and application. McGraw-Hill; 2009. Rogers M. NANDA, Nursing diagnoses: definition and classification. CEA 2007-2008. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Rif. 2009. Mislej M, Paoletti F. L'infermiere di famiglia e di comunità. Maggioli Editore, 2008. Lacroix A, Assal JP. Educazione terapeutica dei pazienti. Ed. Minerva Italica 2005. Jaar BJ, et al. Timing, causes, predictors and prognosis of witching from peritoneal dialysis to hemodialysis: a prospective study. Advanced in PD, 2006; Vol. 22. NKF KDOQI Guidelines NKF Updates 2006. Linee guida della SIN. G Ital Nefrol 2003; 20(Suppl 24)/Agg. 2007. Bernardini J, et al. Peritoneal Dialysis Patient Training. Perit Dial Int 2006; 26: 625-32.