

Il ruolo dell'infermiere in ambulatorio di nefrologia

P. Galeotti

Infermiera - EDTNA/ERCA Filiale Italiana

THE NURSING ROLE IN A RENAL OUT-PATIENT SERVICE

ABSTRACT. The article defines the nursing role in a renal out-patient service, enhancing all nursing activities from patient first contact to transplant follow up. It presents a complex nursing role that, on top of basic knowledge, should possess a specific renal culture acquired from experience and continue education. Specific areas of advanced nursing competence are presented: health education, CKD prevention of complications, clinical research support, transplant evaluation process and follow up care. Particular attention is given to multidisciplinary and team work in order to get the patient and his/her family into the right pathway of care, focusing to illness overcome. In the out-patients contest greater attention could be given to transplant list process and living organ donation, bringing a better time management, cost effectiveness for NHS and improved quality of life for patient and his/her family setting.

Key Words. Renal Nursing competences, Multidisciplinary, Transplant



Patrizia Galeotti

Introduzione

La professione infermieristica si è impegnata, ormai da molti anni, nel definire il proprio ruolo all'interno della Sanità italiana attraverso un percorso formativo che prevede laurea e master di primo livello, laurea e master di secondo livello, dottorato di ricerca. Tale processo di trasformazione è volto ad elevare la qualità della professione stessa e, di riflesso, quella dei servizi resi. La competenza infermieristica si diversifica poi nei diversi settori operativi. Anche l'Ambulatorio di Nefrologia può avvalersi, in ogni sua singola attività, della presenza di infermieri con conoscenze nefrologiche acquisite e abilità ad esse correlate (1). Il momento storico che stiamo attraversando è caratterizzato da una contrazione dei servizi sanitari per motivi economici. La disciplina della nefrologia non è esente da queste contrazioni, tuttavia l'organizzazione del lavoro al suo interno deve tendere a fornire qualità e competenze assistenziali, ottimizzando le risorse economiche e soprattutto umane. Pertanto verrà esposto e discusso un modello organizzativo a cui il management nefrologico dovrebbe ispirarsi.

Analisi del problema

Le strategie professionali orientate alla qualità si basano su presupposti quali la valutazione costante dei risultati: la soddisfazione del paziente, il controllo critico dei processi, l'utilizzo idoneo di appropriati strumenti di integrazione organizzativa (2). Nell'Ambulatorio di Nefrologia vengono svolte attività cliniche e assistenziali finalizzate alla prevenzione, alla diagnostica e al trattamento di nefropatie acute e croniche, attraverso l'applicazione di procedure e protocolli (Fig.1) (3). L'organizzazione ambulatoriale è centrata sui bisogni della persona assistita: bisogno di presa in carico globale, bisogno di informazioni, necessità di una rete integrata di servizi ospedalieri e territoriali, necessità di integrazione di informazioni e di competenze diverse (4). L'infermiere dovrà quindi, già dalla prima visita, prendersi carico del paziente, rafforzare la comunicazione medica, occuparsi dell'educazione terapeutica del paziente e del suo nucleo familiare, sottolineare l'importanza dell'aderenza terapeutica, raccogliere periodicamente dati clinici, sapersi confrontare con altri professionisti di base con lo scopo di formare una rete assistenziale e dovrà saper gestire Percorsi Ambulatoriali Complessi (PAC). L'infermiere funge anche da interlocutore fra i nefrologi che si alternano in ambulatorio nelle varie fasi del



Fig. 1 - Attività cliniche e assistenziali.

percorso di cura del paziente, garantendo la continuità terapeutica. Il paziente può giungere in ambulatorio dopo un ricovero, inviato dal Medico di Medicina Generale (MMG), da altri medici specialisti o reclutato durante campagne di prevenzione, come la Giornata Mondiale del Rene (GMR), effettuata in collaborazione con la Fondazione Italiana Rene (FIR), può inoltre essere reclutato presso i PAInf (Punto assistenza Infermieristica) dove, oltre all'assistenza infermieristica, viene effettuata prevenzione primaria e secondaria alla popolazione, utilizzando materiale informativo ed educazione terapeutica. Per quanto riguarda la malattia renale cronica (MRC), il materiale divulgativo viene fornito dall'Ambulatorio di Nefrologia.

In base alla diagnosi e allo stadio di malattia renale cronica, ogni paziente viene indirizzato verso un percorso specifico ed è seguito da figure che fanno parte dell'équipe curante.

Aree di competenza

Si propone un'analisi delle competenze infermieristiche avanzate, realizzabili in ambulatorio nefrologico, correlate alle fasi di diagnosi e terapia ambulatoriale: prevenzione, diagnosi, attività clinica e assistenziale (Fig. 2).

Educazione alla salute

Al paziente, che giunge in ambulatorio per la prima volta, viene effettuata accoglienza e presa in carico da parte del nefrologo e dell'infermiere, se non è già presente una diagnosi, viene inviato ad uno studio specifico attraverso l'attivazione dei PAC, se necessario, gli viene proposto un breve ricovero per effettuare le indagini

necessarie. In questa prima fase l'infermiere dovrà proporre al paziente informazione, educazione terapeutica, counselling, e inoltre dovrà saper gestire la multiculturalità (contattando il mediatore culturale presente nelle ASL). Dovrà gestire poi il PAC diagnostico, che consiste nella messa a punto di una rete di servizi ambulatoriali per l'effettuazione di indagini ematochimiche e strumentali, attraverso un regime preferenziale. Una volta effettuata dal nefrologo diagnosi di nefropatia, l'infermiere dovrà supportare il medico nella corretta applicazione dei protocolli terapeutici e del follow-up, pertanto dovrà avere conoscenze avanzate non solo sulle patologie, ma anche sulle metodiche diagnostiche, sui protocolli di ricerca e terapeutici, sulla gestione dei campioni di materiale biologico, sulla raccolta dati, sulla sorveglianza terapeutica del paziente; potrebbe cioè svolgere attività di infermiere di ricerca (la Research Nurse, figura già presente nei Paesi europei, ma non ancora in Italia). Questa tipologia di pazienti viene inserita in un programma di follow-up specifico per tutto il tempo necessario e contattato telefonicamente per ogni esigenza, particolare attenzione verrà posta, dall'infermiere, all'aderenza terapeutica, ai colloqui di verifica e agli approfondimenti diagnostici sistematici (5).

Per quanto riguarda il paziente con ipertensione arteriosa, che giunge all'osservazione del nefrologo, lavori scientifici hanno riconosciuto l'efficacia del ruolo dell'infermiere (6) nel supporto educativo volto al miglioramento dei valori pressori, alla corretta gestione dietetica e dello stile di vita dei pazienti, attraverso counselling, visione di materiale educativo, sorveglianza nel tempo, supporto telefonico e web (7). Presso l'Ambulatorio nefrologico i pazienti, dopo la prima visita, vengono presi in carico e avviati allo studio del danno renale attraverso il PAC IRC e inseriti nel follow-up.

I pazienti con ipertensione e Danno d'Organo (DO), con nefropatia diabetica, MRC da altre cause, vengono visti dal nefrologo e inseriti nello studio, PAC IRC, per definire lo stadio di MRC.

Prevenzione delle complicanze

La presa in carico precoce del paziente (8), il riferimento precoce al nefrologo, sono fondamentali per poter mettere in atto tutte le azioni preventive sia a livello ospedaliero che territoriale. Vi sono evidenze, ottenute tramite la ricerca sui modelli di invio dei pazienti affetti da MRC al nefrologo, che dimostrano quanto l'invio tardivo abbia un impatto significativo sulle possibilità di scelta del paziente e sulle complicazioni a lungo termine. La letteratura dimostra inoltre che i pazienti che vengono inviati precocemente al nefrologo sono meglio preparati alle terapie sostitutive attraverso un accesso per la dialisi pronto e funzionante (9).

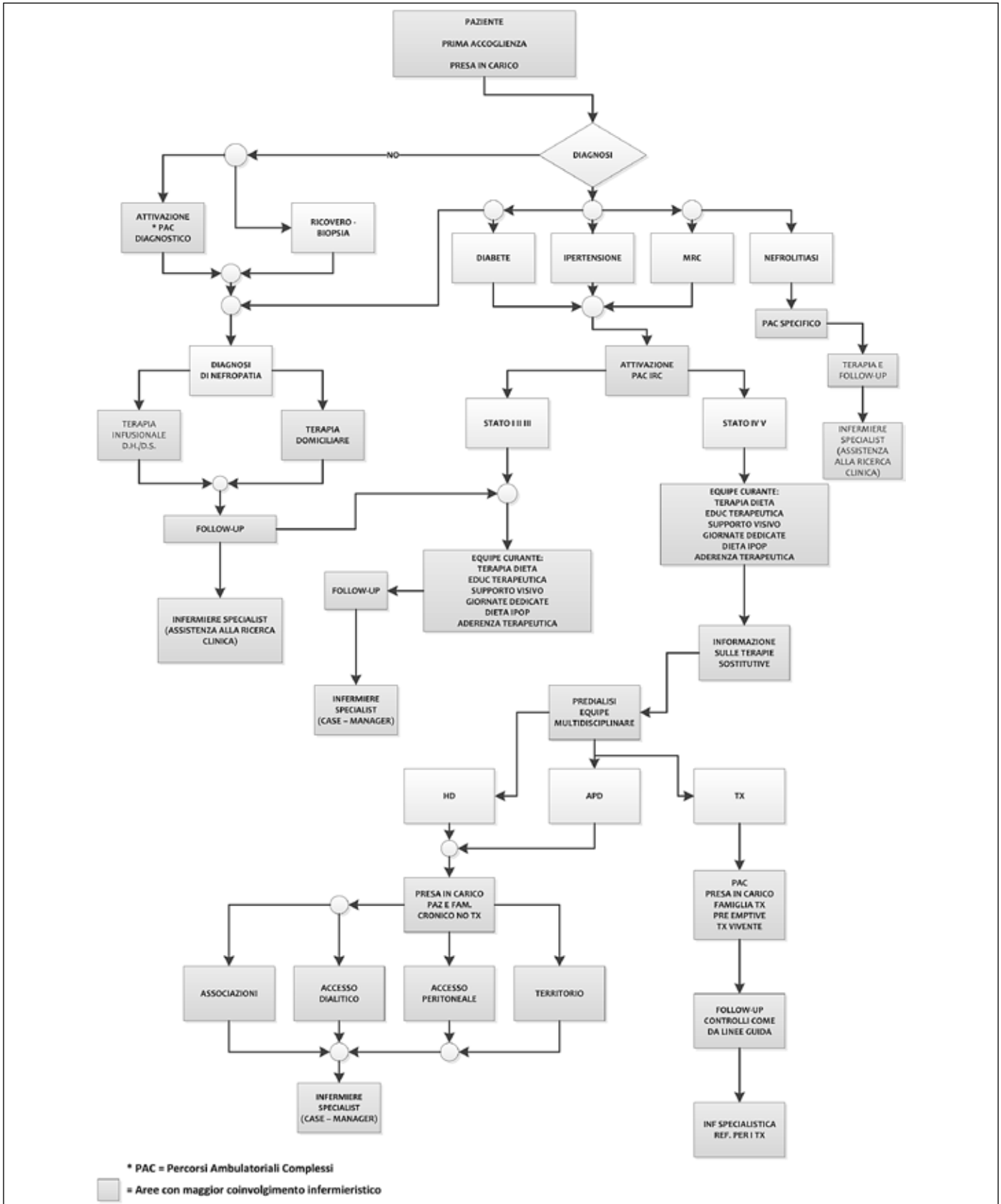


Fig. 2 - Percorsi ambulatoriali e competenze infermieristiche.

La MRC è stata classificata in cinque stadi (NKF K/DOQI) per assistere i professionisti sanitari nella cura dei pazienti affetti da questa patologia (10). Per quanto riguarda gli stadi I, II, III, altre figure si prendono cura del paziente oltre al nefrologo e all'infermiere: la dietista, la psicologa e altri specialisti. L'équipe che viene a formarsi fornisce al paziente informazioni e supporti appropriati in modo individualizzato e comprensibile. L'infermiere è, in questo contesto, un esperto in educazione terapeutica e il suo scopo è quello di condurre il paziente a sapersi gestire, a conoscere e prevenire le eventuali complicanze, ad assumere correttamente i farmaci, ad essere preciso nei controlli ematochimici e strumentali del follow-up, ad effettuare il monitoraggio della PA, del peso, ad effettuare cambiamenti nello stile di vita. L'équipe utilizza video, opuscoli, lezioni educative, lavori di gruppo, giornate dedicate alla cucina ipoproteica, dovrà comunque essere realista con i pazienti sulla loro patologia, sul decorso e su come questa influirà sulla loro vita.

Negli stadi IV e V di MRC i pazienti devono affrontare numerosi disagi fisici psicologici e sociali, i controlli diventano più frequenti e la presa in carico va vista in un'ottica multidisciplinare con lo scopo di monitorare e accompagnare il paziente verso scelte sostitutive adeguate alle sue caratteristiche (11). L'infermiere dovrà riconoscere e saper gestire i sintomi fisici dell'acidosi metabolica, dell'osteopatia, dell'anemia, dei disordini del potassio, dei disturbi gastrointestinali e dermatologici, seguendo scrupolosamente i protocolli di studio, formando e informando il paziente e la sua famiglia. Nella Relazione d'Aiuto che lo vede protagonista, l'infermiere assolve funzioni di counselor, in tale processo definito empowerment, con la finalità di aiutare la persona e la famiglia ad aiutarsi. È importante, a questo punto, iniziare a parlare di famiglia, intesa come mondo ristretto del paziente, che rappresenta il potenziale aiuto a quest'ultimo, quando essa assolve al suo ruolo di "condivisore" del problema.

Multidisciplinarietà

Uno studio basato sulle linee guida NKF-DOQI (12), ha dimostrato che l'educazione multidisciplinare nel pre-dialisi riduce l'incidenza di dialisi e la mortalità. L'équipe multidisciplinare vede il paziente come soggetto di interessi comuni, attorno al quale ruotano le varie figure. All'interno di un'équipe multidisciplinare l'infermiere esprime capacità maggiori di empatia, ascolto e disponibilità nei confronti dell'individuo che ha in cura, che a sua volta può confidare le proprie perplessità, i dubbi, l'angoscia e la paura. L'équipe è la risposta ai disagi assistenziali e organizzativi che affliggono il ruolo

degli operatori sanitari, l'infermiere al suo interno agisce sempre attraverso modelli organizzativi che implicano una multidisciplinarietà di interventi, che hanno come obiettivo ultimo la salute. In questo caso l'équipe ha un ruolo di facilitatore dell'acquisizione e scoperta delle risorse del singolo paziente, che lo aiuteranno ad apprendere la dimensione della cura di sé.

Sono parte attiva dell'équipe le associazioni, che svolgono un ruolo di supporto e informazione per il paziente. L'UO di psicologia è parte attiva in nefrologia, svolge varie funzioni all'interno dell'équipe. Da una parte è un supporto continuo per gli operatori, attraverso gruppi di lavoro, in cui l'assistenza e la cura sono fortemente intrecciate alla formazione come fondamentale concetto di saperi comuni, supporto inteso come un percorso circolare di miglioramento; d'altra parte offre al paziente e alla famiglia il supporto psicologico necessario a ritrovare le proprie risorse sane per far fronte alle problematiche cliniche. Diviene ora necessaria la pianificazione della terapia sostitutiva renale (TRS) effettuata dal nefrologo e dall'équipe al paziente e al suo nucleo familiare, tenendo presente

che i fattori individuali quali l'accessibilità della dialisi, le opzioni di trapianto, l'idoneità alla DP, alla dialisi domiciliare, l'accesso vascolare, l'età, la salute in declino, l'equilibrio dei liquidi e l'adempimento alla dieta e all'assunzione dei farmaci, spesso influenzano la decisione su quando cominciare la terapia dialitica (NKF - K/DOQI 2006b). In pratica l'inizio della TRS di solito avviene quando l'eGFR <15mL/min/1.73 m a meno che i sintomi non indichino diversamente (13).

Idoneità al trapianto

L'informazione alla possibilità di effettuare il trapianto va fatta ancora prima, con lo scopo di coinvolgere la famiglia nella possibilità di effettuare il trapianto pre-emptivo e il trapianto da donatore vivente (linee guida Centri Nazionale Trapianti CNT). Tale messaggio può dare origine a un cambiamento, è quindi potenziale motivo di rischi di frattura, di traumi, in generale di shock (sia positivo sia negativo), comunque generatore di ridefinizione.

Mediante il processo di donazione si riporta l'ordine, si tende cioè a ristabilire dinamiche e ruoli. Gli operatori, che sono i fruitori di tale processo, hanno il compito di rispettare i propri saperi e i propri ruoli, impegnandosi nel raggiungere lo scopo senza pressioni, gestendo eventuali conflitti interiori e favorendo la propria formazione continua. È necessario tenere sempre presente che il sistema famiglia del paziente in questo frangente può essere fragile e facilmente influenzabile, pertanto il rischio maggiore è di provocare pressioni e dinamiche

disorganizzanti all'interno di tale sistema. Il CNT sta diffondendo la cultura della donazione da vivente attraverso un corso FAD, basato sull'esperienza del gruppo di Padova (14), rivolto a tutti gli operatori del settore con lo scopo di motivare il personale delle nefrologie alla proposta di donazione da vivente.

Il ruolo specifico dell'infermiere nella preparazione alla TRS, emodialisi o dialisi peritoneale, nel confezionamento e gestione dell'accesso peritoneale o vascolare, è stato abbondantemente trattato in letteratura, mentre per quanto riguarda l'inserimento in lista e il follow-up post-trapianto è definita dal CNT, solo la figura del nefrologo referente e il suo ruolo (15). Ovviamente il nefrologo si avvale della collaborazione infermieristica per far fronte a una mole di lavoro che è in continua crescita.

Nella Figura 3 viene definito il percorso che conduce il ricevente al trapianto da cadavere o da donatore vivente, del donatore, il ruolo del nefrologo e dell'infermiere.

Il nefrologo effettua una prima valutazione e quindi, con la collaborazione dell'infermiere, inizia lo studio del ricevente, qualora non sia possibile la donazione da vivente oppure della coppia donatore/ricevente, attraverso l'attivazione dei PAC specifici. Per quanto riguarda la Regione Lazio, il tempo di chiusura del PAC è stabilito in 30 giorni, riducendo notevolmente i tempi di immissione in lista. Il nefrologo prende visione di tutti gli esami ematochimici e strumentali richiedendo, se necessario ulteriori approfondimenti, in questa fase è importante la collaborazione con gli altri servizi ospedalieri non solo per ulteriori approfondimenti quanto per la risoluzione rapida delle eventuali complicanze. Lo studio del donatore (16), oltre ad essere accurato e garantire la sicurezza del donatore stesso, deve essere condotto in modo tale da assicurare la privacy e l'assistenza nei momenti di dubbio, di complicanze, di legittima paura. In questi casi si ferma il processo e l'équipe si fa carico della persona fino a una ripresa positiva o a una interruzione definitiva del processo, in collaborazione con il Centro Trapianti, con lo scopo di non provocare spiacevoli conseguenze nel nucleo familiare. Terminato lo studio viene inviata la cartella al Centro Trapianti che provvederà ad ulteriori accertamenti.

Follow-up

I Centri Trapianti tendono ormai ad affidare precocemente i pazienti trapiantati ai Centri di Riferimento, pertanto già dopo un mese dal trapianto in Ambulatorio di Nefrologia si deve essere pronti ad effettuare questa importante presa in carico. Le conoscenze dell'infermiere devono essere, oltre che specifiche, continuamente aggiornate. Il nefrologo effettua la prima visita, prende visione della documentazione, contatta il Centro Trapianti

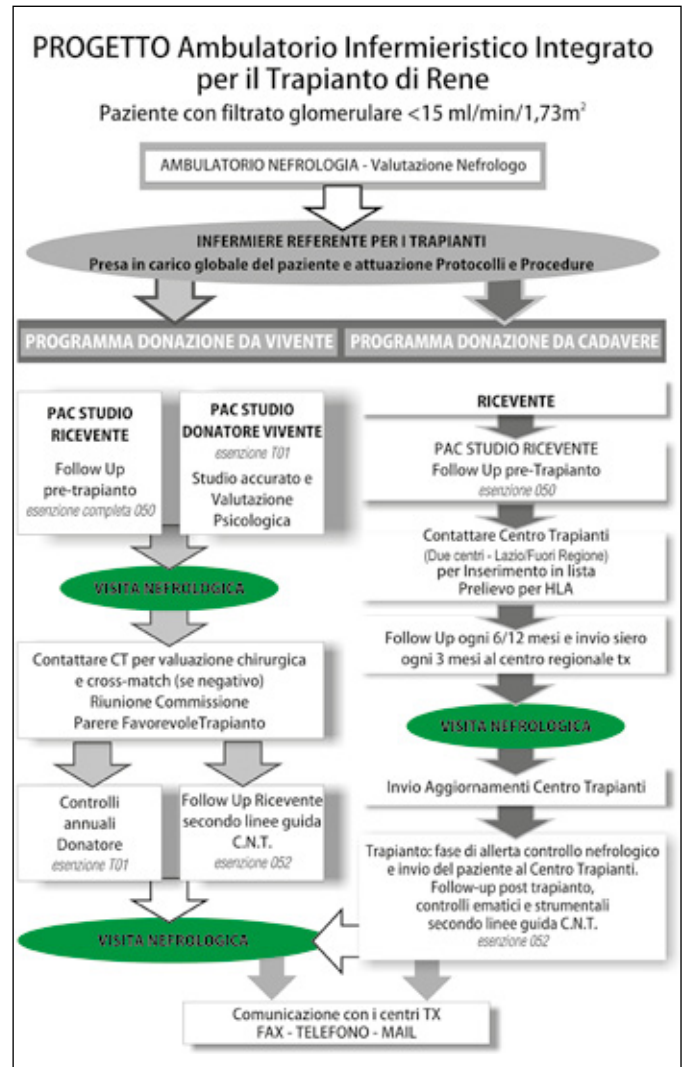


Fig. 3 - Studio donatore vivente e ricevente trapianto.

e definisce con l'infermiere i tempi del follow-up, come stabilito dalle linee guida del CNT e dal Centro Trapianti di provenienza. In ambulatorio vengono programmati sia i controlli ematochimici che strumentali, viene inoltre garantita la presenza dello psicologo e di tutto il team. Particolare cura si ha nel promuovere la rete di servizi ospedalieri e del territorio con lo scopo di garantire la prevenzione e la risoluzione di eventuali complicanze. Quando il trapianto può essere definito stabile, i controlli presso il Centro Trapianti si diradano fino a un controllo annuale, i rimanenti controlli sono a carico del Centro di Riferimento. Quanto descritto è nuovo per l'infermiere di ambulatorio, affascinante e gratificante, ma richiede molta preparazione e formazione continua. La Figura 4 vuole dimostrare, prendendo in studio i pazienti prevalenti in dialisi presso il Centro di Riferimen-

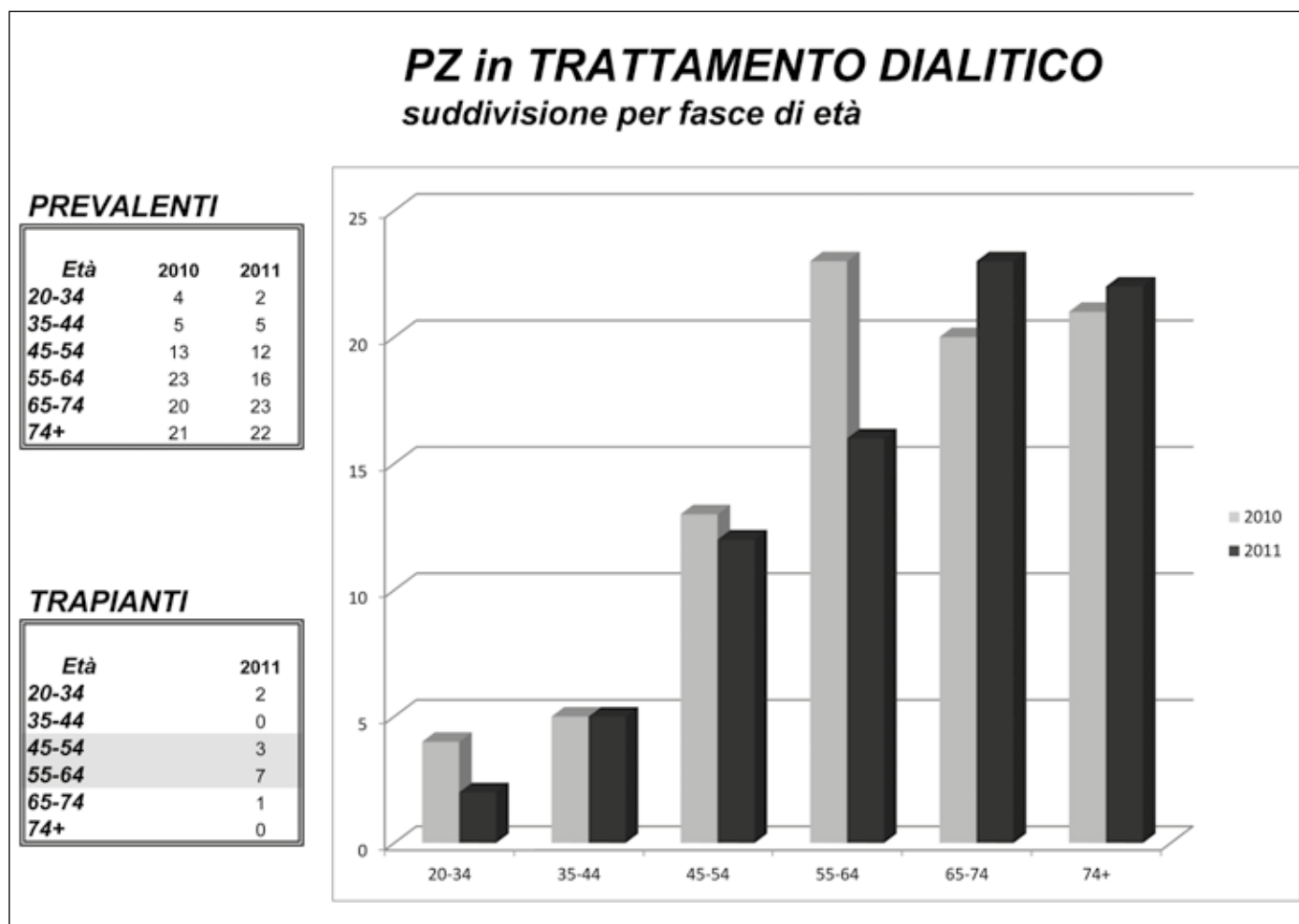


Fig. 4 - Confronto pazienti in dialisi e trapiantati nel 2011.

to Regionale per la Nefrologia e la Dialisi di Viterbo nel 2010 e 2011, come si possa abbattere il numero dei pazienti in fascia di età di interesse trapiantologico (20/70 anni) attraverso il trapianto e quindi attraverso un lavoro di équipe assiduo e incisivo.

Conclusioni

Quanto descritto è l'ambulatorio che tutti vorremmo: personale esperto competente e motivato, soddisfazione del paziente, ottime cure, ottima assistenza. Tenendo conto dei tempi critici dove l'unica cosa in crescita è il numero dei pazienti può sembrare poco realistico, ma proprio ora si rende necessario offrire ai nostri pazienti processi di cura e assistenza innovativi, prevenzione, speranza in un futuro migliore attraverso il trapianto. Si rende indispensabile avere una mission condivisa che consiste nel creare e mantenere un ambulatorio dove l'e-

sperienza, la competenza, la motivazione professionale possano esprimersi in aree nuove di assistenza avanzata e nel miglioramento continuo di quelle già consolidate.

Riassunto

Lo scopo di questo articolo è quello di definire la figura dell'infermiere dell'Ambulatorio di Nefrologia in relazione a tutte le attività infermieristiche svolte dalla prima visita del paziente al follow-up. Una figura infermieristica complessa che, oltre alla formazione di base deve aver acquisito una cultura nefrologica specifica sia attraverso l'esperienza che attraverso la formazione continua. Vengono definite le aree di competenza nefrologica: educazione alla salute, prevenzione delle complicanze nei diversi stadi della MRC, assistenza alla ricerca clinica, idoneità al trapianto e follow-up. Particolare importanza viene data alla multidisciplinarietà, al lavoro in team

per garantire al paziente e alla famiglia la presa in carico globale per tutto il percorso di cura e di uscita dalla malattia. Viene inoltre sottolineato che maggiore attenzione e sorveglianza nella prevenzione e nel processo di donazione da vivente portano nel tempo risparmio per il sistema sanitario nazionale e qualità di vita migliore per l'intero nucleo familiare dal paziente.

Parole Chiave. Aree infermieristiche di competenza nefrologica, Multidisciplinarietà, Trapianto

Indirizzo degli Autori:

Patrizia Galeotti
Centro di Riferimento Regionale
per la Nefrologia e la Dialisi
Ospedale Belcolle
01100 Viterbo
patrigaleotti@libero.it

Bibliografia

1. Manthey M. La pratica del Primary Nursing. L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1-14.
2. Geatti S, Pegoraro M, EDTNA-ERCA Italian Branch Education Board. Strumenti di integrazione organizzativa per il "Continuous Quality Improvement": Protocolli & Procedure, 1999; vol 2: 3-46.
3. Van Zuilen AD, Blankestijn PJ, Van Buren M. Nurse practitioners improve quality of care in chronic kidney disease: two-year result of a randomised study. *Net J Med* 2011; 69 (11): 517-26.
4. Buccianti G, Baragetti I, Alberghini E, Furiani S, Musacchio N. La presa in carico precoce nell'insufficienza renale cronica: un nuovo approccio. *G Ital Nefrol* 2005; 22 (2): 134-9.
5. Zampieron A. comparison of nephrology nursing interventions across five European countries. *J Ren Care* 2009; 35(1): 24-32.
6. Barry L, Carter Pharm D, Hayden B, Bosworth PhD, Beverly B, Green MD. The Hypertension Team: The role of the Pharmacist, Nurse, and Teamwork in Hipertension Therapy. *J Clinl Hypertens* 2012; 14: 51-65.
7. Kaurik Klein Z. Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention. *Nephrol Nurse J* 2012; 217-28.
8. Mason J, Stone M, et al. Educational needs for blood pressure control in chronic kidney disease: *J Renal Care* 2007; 33(3): 134-7.
9. Brick N, Ellis P. The significance of the timing of referral for renal care. *J Renal Care* 2009; 35(1): 33-41.
10. Murphy F, Jenkins K, Chamney M, McCann M, Sedgewick J. Patient management in CKD stages 1 to 3. *J Renal Care* 2008; 34(3):127-35.
11. Murphy F, Jenkins K, McCann M, Sedgewick J. Patient management in chronic kidney disease stages 4 to 5. *J Renal Care* 2008; 34(4): 191-8.
12. Wen Wu, Shun-Yin Wang, K-Hung Hsuuang. Multidisciplinary predialysis education decreases the incidence of dialysis and reduces mortality – a controlled cohort study based on the NKF/DOQI guidelines. *Nefrol Dial Transplant* 2009; 24: 3426-33.
13. Murphy F, Jenkins K, McCann M., Sedgewick J. (2008). Patient management in chronic kidney disease stages 4 to 5. *Journal of Renal Care* 34(4), 191-198.
14. Lovera G, Feltrin A, Martini C, Nanni Costa A. L'intervento psicologico in area trapianti come fattore protettivo. *Obiettivo linee guida. Trapianti* 2010; XIV: 5-9.
15. Legge n. 91 -01 aprile 1999. Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti.
16. Documento Informativo sul programma di trapianto di rene da donatore vivente- CNT- *Trapianti* 2009; XIII (4).