

IL PAZIENTE EMODIALIZZATO

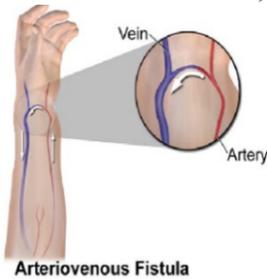
L'emodializzato è un paziente cronico che nel suo percorso di vita più frequentemente fa ricorso all'ambiente ospedaliero per problematiche connesse alla malattia renale cronica ma anche a comorbidità. Il personale addetto all'assistenza deve conoscere le problematiche connesse al paziente e al trattamento emodialitico per poterle gestire al meglio, senza incorrere in errori assistenziali che potrebbero danneggiare o comunque nuocere al prosieguo della terapia. Le peculiarità di cui tener conto sono: l'accesso vascolare, le indicazioni dietetiche e la terapia farmacologica

Tipologie di Accessi Vascolari

Per poter effettuare l'emodialisi è necessario avere un accesso valido che permetta di prelevare il sangue, portarlo attraverso una pompa peristaltica ad un filtro (rene artificiale) dove può cedere le tossine e l'acqua accumulata ed arricchirsi delle sostanze di cui può essere carente, quindi avvenuto il percorso depurativo il sangue viene restituito al paziente.

➤ **Fistola Artero-Venosa con vasi nativi** (FAV Cimino-Brescia 1966)

Attraverso un piccolo intervento chirurgico effettuato in anestesia locale si uniscono chirurgicamente un vaso venoso ad un vaso arterioso dell'arto superiore, con l'obiettivo di rendere più evidenti le vene. Il sangue arterioso che si riversa nelle vene ne incrementa il calibro, la portata, consentendo un agevole inserimento degli aghi ed un flusso ematico adeguato al trattamento dialitico. La FAV generalmente viene preparata sul braccio non dominante a livello del polso, ma spesso per mancanza di vene, viene confezionata ad altri livelli sino alla piega del gomito. Generalmente i vasi principali che vengono utilizzati per la venipuntura sono la vena cefalica, vena basilica e vene mediane.



➤ **Fistola Artero-Venosa protesica** (FAVp 1970).

Qualora non sia possibile l'allestimento di una FAV nativa per assenza di circolo superficiale adeguato e/o FAV fallimentari, è indicato utilizzare una protesi vascolare sottocutanea in materiale sintetico o biologico biocompatibile; il vaso arterioso e venoso distanti e profondi vengono (a pieno lume) collegati tra loro utilizzando il tratto protesico tunnelizzato nel sottocute e non visibile esternamente.



COSA NON FARE sul braccio portatore di FAV

- non misurare la pressione arteriosa
- non indossare indumenti e monili costrittivi
- non utilizzare mezzi di contenzione
- non porre il braccialetto identificativo
- non trazionare il braccio o fare forza sullo stesso
- non eseguire prelievi e/o infusioni
- non usare rasoio
- non rimuovere le croste in sede di pregresse veni-punture
- non eseguire medicazioni costrittive



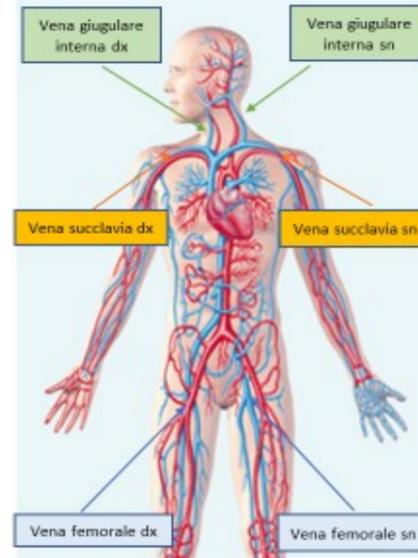
COSA CONTROLLARE su paziente portatore di FAV

- controllare che la medicazione a livello dei siti di veni-puntura sia asciutta (non vi sia in atto sanguinamento)
- tamponare adeguatamente gli accessi che sanguinano dopo la rimozione della medicazione (dopo almeno 6 ore)
- ispezionare lo stato della cute (segni e sintomi di sospetta infezione, eritema, edema, ematomi)
- controllare la pressione arteriosa ed evitare episodi ipotensivi che potrebbero causare trombosi della FAV
- corretta somministrazione/assunzione dei farmaci anticoagulanti/antiaggreganti per rischio trombotico/emorragico
- controllare la postura del paziente non compliant affinché non stazioni di peso sopra il braccio portatore di FAV



**IL PROBLEMA VA SEGNALATO IL PRIMA POSSIBILE
AL PERSONALE DELLA DIALISI
PER UN INTERVENTO IMMEDIATO ED EFFICACE**

➤ **Catetere Venoso Centrale** (CVC Duffy 1949) tunnelizzato (long-term) o non tunnelizzato (short-term), spesso multilume, inserito per via percutanea crea il collegamento tra la superficie esterna (cutanea) ed un distretto venoso centrale (ad alto flusso): può essere posizionato in vena giugulare interna, in vena femorale ed in rare occasioni in vena succlavia



Paziente portatore di Catetere Venoso Centrale

Il Catetere Venoso Centrale rappresenta



per il paziente dializzato l'ultima possibilità per effettuare il trattamento dialitico: l'approccio a tale presidio richiede competenze specifiche e utilizzo di tecnica asettica e ogni sua manomissione può causare infezione locale o sistemica C.R.B.S.I. (*Catheter-Related Bloodstream Infection*) con possibile perdita dell'accesso ma cosa più grave compromissione della sopravvivenza stessa del paziente, per tale ragione il CVC per HD è di esclusiva competenza del personale di Dialisi.

Avvisare precocemente il personale del Centro Dialisi disponibile per chiarimenti ed interventi immediati e nelle situazioni sotto evidenziate

Attenzioni verso un paziente portatore di CVC per emodialisi

- **non utilizzare il CVC** per prelievi e/o infusioni, i prelievi possono essere concordati con il servizio di emodialisi ed eseguiti in occasione della seduta dialitica
- **non manomettere** per alcun motivo la medicazione nella sua completezza nessuna parte esterna del CVC deve rimanere "beante"
- in caso di **dislocazione accidentale** porre una garza sterile sul sito di inserimento ed effettuare emostasi
- è consentita la doccia (da effettuarsi preferibilmente prima della seduta di dialisi) e per evitare che la medicazione si bagni si possono utilizzare delle medicazioni impermeabili
- in caso di **accidentale penetrazione** di acqua è importante la sostituzione della medicazione controllo del sito di uscita del catetere, non provvedere autonomamente alla sostituzione della stessa



NESSUNO DEVE UTILIZZARE IL CVC PER DIALISI AL DI FUORI DEL PERSONALE AUTORIZZATO, LE ECCEZIONI VANNO CONCORDATE CON IL PERSONALE STESSO

Bilancio dei liquidi

I pazienti emodializzati sono per lo più anurici, eseguire un attento controllo nell'assunzione dei liquidi, monitorare le infusioni endovenose per meglio bilanciare le entrate e le uscite ricordando che nel totale giornaliero, vanno tenuti in considerazione le bevande e i liquidi contenuti nei cibi.

Sintomatologia di una eccessiva introduzione di liquidi

- aumento del peso corporeo
- edemi periferici
- difficoltà respiratoria in clinostatismo
- ipertensione arteriosa
- edema polmonare

Sintomatologia di iper-potassiemia

- sensazione di arti inferiori pesanti
- astenia
- parestesie, crampi muscolari, tremori
- nausea, vomito
- dolori addominali, diarrea
- bradicardia, arresto cardiaco

Bibliografia

- # linee guida Epic 3, CDC 2011, SHEA 2014,
- # KDOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR VASCULAR ACCESS: 2019 UPDATE
- # Vascular Access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS)