



Focus sul paziente.

Nuovi automatismi dell'apparecchiatura di dialisi al servizio dell'infermiere.

Domenica Ercolino – Monza

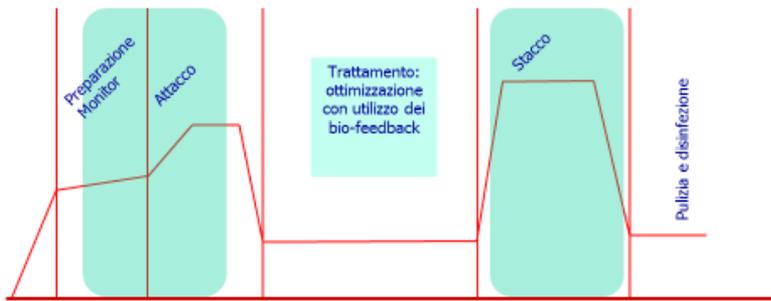
Negli ultimi 30 anni abbiamo assistito a cambiamenti esponenziali per quanto concerne l'assistenza infermieristica. L'evoluzione legislativa e formativa della nostra professione (DM 739/94, Legge 42/99, Legge 251/2000, Legge 43/2006, Codice Deontologico) pongono l'infermiere tra gli operatori sanitari più coinvolti nel sistema di presa in carico e cura del malato. L'infermiere di dialisi in particolare ha dovuto implementare le proprie conoscenze facendo da interfaccia tra due realtà che hanno subito dei cambiamenti con effetti non convergenti tra loro:

- evoluzione tecnologica
- utente dializzato

L'evoluzione tecnologica in altri settori ha permesso di ridurre tempi, costi e risorse umane, migliorando i prodotti e la soddisfazione degli utenti. L'evoluzione dei monitor di dialisi ha portato indubbiamente vantaggi per l'infermiere riducendo notevolmente i tempi di gestione, migliorando la qualità dei materiali, aumentando i sistemi di sicurezza per limitare l'errore umano. A fronte di ciò, come sappiamo, non vi sono stati cambiamenti nel rapporto numerico infermiere/utente e nei tempi assoluti di gestione della seduta dialitica. Rispetto a qualche decina di anni fa, l'utente dializzato ha sviluppato le tipiche caratteristiche dell'attuale malato cronico e come dichiarato nel Piano Nazionale della Cronicità 2016 Ministero della Salute: 'Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese'. La malattia renale cronica rappresenta di fatto una percentuale importante (10%) nella popolazione degli utenti cronici ed è una importante causa di morbilità e mortalità nella popolazione generale. L'infermiere di dialisi si ritrova così a dirottare la maggior parte delle risorse e dei tempi verso un utente che non è più solo da 'dializzare': è solitamente anziano, è fragile per disabilità motorie e cognitive, con esigenze assistenziali determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.), spesso affetto da più patologie croniche incidenti contemporaneamente e politerapie non sempre gestite correttamente, con accessi vascolari di difficile gestione per patrimonio anatomico non sempre idoneo e maggiore suscettibilità a infezioni e complicanze locali. L'infermiere ha quindi l'onere di prendere in carico l'utente tenendo in considerazione tutte le variabili cliniche, psicologiche e sociali. In questo contesto non è più sufficiente la tecnologia fine a se stessa; possiamo immaginare come i monitor di dialisi attuali sul malato dializzato di 30 anni fa (meno anziano e con meno comorbilità, con accessi vascolari ben funzionanti e gestibili e con una buona capacità di autocura, compliance e collaborazione) ci avrebbero di certo permesso di gestire più utenti e con più facilità. L'attuale contesto storico ed economico necessita di una riorganizzazione dei modelli sanitari considerando le elevate aspettative degli utenti nei confronti delle cure. Come professionisti di dialisi dobbiamo riflettere: È necessario abbandonare l'idea di condurre la seduta dialitica considerandola un semplice e singolo algoritmo che sequenzia rilevazioni di pressione, peso, programmazione tempi, prescrizione medica e dimissione paziente. Bisogna far propri i concetti di continuità e presa in carico lavorando per ottenere la massima efficienza delle risorse utilizzate, sia umane che tecnologico-strutturali, migliorando il rapporto con la qualità degli interventi e i modelli di cura ed assistenziali. L'impegno è sì, orientato alla più efficace/efficiente e confortevole seduta dialitica, ma il risultato deve poi proiettarsi nella quotidianità dell'utente anche al di fuori della dialisi. L'infermiere con le sue competenze e potenziali conoscenze ha quindi il dovere di partecipare, promuovere e aumentare l'efficienza per ciò che riguarda i vari aspetti organizzativi (es. turni infermieristici e la

schedulazione dei pazienti), tecnico-gestionali (utilizzo adeguato delle tecnologie) e assistenziali (presa in carico). Come esposto nel grafico, la gestione infermieristica è basilare per ottenere un adeguato rapporto tempo/efficienza dialitica/comfort dell'utente e ciò oggi è possibile grazie all'utilizzo dei biofeedback e di più recenti automatismi. L'allestimento dei monitor, ormai da qualche anno, sia con fisiologica che con liquido on line, richiede tempi brevi (circa 10 minuti) e pochi interventi dell'operatore, permettendo una maggiore attenzione alla preparazione dell'utente. La

Gestione dei tempi in Dialisi



La maggiore ottimizzazione si ottiene quando il turno infermieristico segue il turno dei pazienti

■ Aree di competenza infermieristica di possibile miglioramento dell'efficienza: per ottimizzare il momento dello stacco è necessario pianificare attentamente l'attacco, valutando le condizioni dell'utente (presa in carico) e dell'accesso vascolare e durante il trattamento è necessario saper utilizzare i sistemi di bio-feedback fruibili.

monitorizzazione intradialitica e interdialitica delle variazioni del volume ematico, della conducibilità, della pressione arteriosa sistemica, dell'indice

di ricircolo dell'accesso vascolare, dell'efficienza dialitica, della pressione transmembrana e i relativi flussi dialisato, permettono di condurre una dialisi personalizzata e di avere un controllo indiretto delle condizioni dell'utente nei periodi interdialitici e di rilevare potenziali e/o precoci anomalie. Una evoluzione di interesse che ottimizza ulteriormente i tempi e la qualità dell'assistenza durante le delicate fasi di inizio e fine dialisi sono l'attacco e lo stacco automatizzato. Nelle fasi di attacco e stacco tradizionali i monitor prevedono, sia con utilizzo di fisiologica che con liquido on-line, una serie di step imprescindibili in cui è richiesto l'intervento dell'operatore per proseguire e completare l'operazione. Nell'attacco in genere abbiamo:

- controllo prescrizione dialitica e collegamento accesso vascolare
- avvio pompa sangue
- lettura sangue
- avvio programma dialitico
- regolazione QB
- chiusura allarmi

Nello stacco sono previste:

- fermare pompa sangue o confermare la fine del trattamento
- disconnessione linea arteriosa dal pz
- connessione con monitor
- avvio reinfusione
- disconnessione e chiusura accesso vascolare

L'attacco automatizzato permettere di completare l'operazione in 2 soli passaggi, lo stacco non richiede passaggi intermedi. Questa innovazione ci permette di concentrare maggior attenzione sull'utente più che sul monitor rendendo più sicure anche le manipolazioni sugli accessi vascolari. Infatti nella fase di attacco, una volta verificata l'idoneità dell'accesso vascolare e collegato l'utente alle linee, la macchina, finito il priming, inizia autonomamente il programma dialitico regolando il flusso ad un valore intermedio di 250 ml/h, l'infermiere nel frattempo può così assistere l'utente garantendogli quanto prima sicurezza e comfort, regolando solo in un secondo momento il QB ed altre eventuali parametri senza compromettere i tempi di inizio, l'efficacia dialitica e il circuito. Nella fase di stacco, a tempo 0 o selezionando il programma di restituzione il sistema inizia autonomamente la restituzione: l'infermiere è così subito libero per somministrare eventuali terapie durante la reinfusione e solo alla fine della fase interviene per la disconnessione e chiusura dell'accesso vascolare, garantendo anche qui una manipolazione più sicura e controllata. Da non sottovalutare il vantaggio in caso di stacco di emergenza ove, riducendo i tempi e le manipolazioni sul monitor, ci si può focalizzare immediatamente sull'utente. In conclusione, poiché nonostante l'alto livello di performance tecnologica, le precarie condizioni fisiche dell'utente dializzato attuale possono

frequentemente portare ad una seduta dialitica non ideale, oggi l'infermiere deve porsi come connessione tra utente e monitor e non può fare a meno di seguirne l'evoluzione: dal punto di vista assistenziale parliamo di capacità di presa in carico globale dell'utente, e, dal punto di vista tecnologico con i sistemi di biofeedback, le sicurezze e gli automatismi oggi fruibili, deve essere protagonista e proattivo, e, in stretta collaborazione con l'equipe medica, seguire ed interpretare al meglio le variabili di una seduta dialitica.

