



Società Infermieri
Area Nefrologica

RIMINI
12, 13, 14 MAGGIO 2025
Hotel Continental
Viale Vespucci, 40

43° CONGRESSO NAZIONALE
LA MALATTIA RENALE CRONICA. QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

Formazione
educazione del paziente
modelli organizzativi
competenza specialistica
M&A, R&C
cure palliative
monitoraggio
dialisi peritoneale
self care

Competenza
linee guida
multidisciplinarietà
assistenza personalizzata
terapia conservativa
relazione di cura
accessi vascolari
manuale informatizzata
dialisi domiciliare

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON MRC IN DIALISI PERITONEALE DA PARTE DEI REPARTI NON NEFROLOGICI

INFORMATIVA PER IL PERSONALE DI DEGENZA

Dott.ssa Andreoli Desirée, IFO Coord. Medicina a bassa complessità assistenziale, AO Perugia

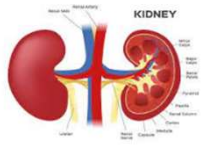


Società Infermieri
Area Nefrologica

RIMINI
12, 13, 14 MAGGIO 2025
Hotel Continental
Viale Vespucci, 40

43° CONGRESSO NAZIONALE
LA MALATTIA RENALE CRONICA. QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

IL PAZIENTE CON MALATTIA RENALE CRONICA IN DIALISI PERITONEALE



Malattia renale cronica = perdita irreversibile della funzionalità renale
→ accumulo prodotti di scarto del metabolismo proteico → UREMIA

OPZIONI TERAPEUTICHE:

- **Trapianto di rene;**
- **Dialisi** → Obiettivo: ottenere una **depurazione** dell'organismo da parte delle sostanze tossiche accumulate e ristabilire di conseguenza l'**equilibrio idro-elettrolitico e acido-base** del paziente.

RIMINI
18.12.14 Venerdì 19.02
Hotel Continental
Rimini Convention Center

SIAW
43° CONGRESSO
NATIONAL

LA MALATTIA RENALE
CRONICA.
QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

LA METODICA DIALITICA

Due tecniche dialitiche possibili

DIALISI PERITONEALE

- Insegnata al paziente e al suo caregiver;
- eseguita in autonomia fuori dall'ambiente sanitario → maggiore libertà
- migliore preservazione della diuresi residua;
- migliore controllo dei valori pressori.

EMODIALISI

- Conduzione del trattamento ad opera dell'infermiere di nefrologia;
- accesso del paziente nel centro dialisi.

Paziente in dialisi peritoneale

Paziente in emodialisi

Entrambe le metodiche si basano sul processo di **dialisi** → prevengono quindi un contatto tra il sangue del paziente e una soluzione a concentrazione nota (liquido di dialisi) attraverso l'interposizione di una membrana semipermeabile, con l'obiettivo di rimuovere dal comparto ematico le sostanze tossiche e l'acqua in eccesso presente.

E
M
O
D
I
A
L
I
S
I

La membrana semipermeabile è:

ARTIFICIALE = **FILTRO
EXTRACORPOREO**

NATURALE = **SIEROSA
PERITONEALE**

P
E
R
I
T
O
N
E
A
L
E



RIMINI
13.13.14 ANNO 2013
LA MALATTIA RENALE
CRONICA
QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

Metodica manuale→ paziente, caregiver o infermiere di nefrologia attuano, all'interno della giornata, un numero variabile di scambi (solitamente da 3 a 5) secondo una prescrizione medica.

Ogni scambio impiega il paziente circa 30 minuti, mentre il tempo di sosta (tempo tra uno scambio e l'altro) è solitamente non inferiore alle 3 ore.



The diagram illustrates the CAPD process. It shows a 'Sacca di Carico' (fill bag) containing 'Liquido Dialitico Sterile' (sterile dialysis fluid) which 'entra in Addome' (enters the abdomen) through a 'Catetere Peritoneale' (peritoneal catheter). Inside the 'Addome' (abdomen), there is an 'scambio tra il sangue e il liquido dialitico' (exchange between blood and dialysis fluid). The 'liquido rimane in addome per alcune ore' (fluid remains in the abdomen for several hours). Finally, the 'Sacca di Scarico' (drain bag) receives the fluid, which is 'con il liquido carico di tossine' (with fluid loaded with toxins).

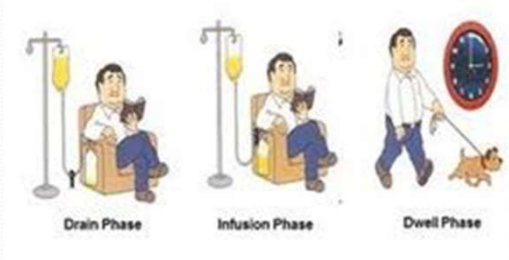


RIMINI
13.13.14 ANNO 2013
LA MALATTIA RENALE
CRONICA
QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

GLI SCAMBI PERITONEALI

- fase di carico:** il liquido di dialisi transita dalla «sacca di carico» alla cavità addominale, attraversando un'apposita linea del set connessa al catetere peritoneale;
- fase di sosta:** avvengono i processi depurativi dialitici inter-membrana;
- fase di scarico:** il dialisato viene drenato dall'addome attraverso una linea che collega il catetere alla sacca di scarico dell'effluente.

La frequenza degli scambi dipende dalla prescrizione nefrologica e dal tipo di metodica peritoneale utilizzata→ esistono due metodiche di dialisi peritoneale: **CAPD** e **APD**.



The diagram shows three phases of peritoneal dialysis: 1. 'Drain Phase' where a patient is connected to a drain bag; 2. 'Infusion Phase' where a patient is connected to a fill bag; 3. 'Dwell Phase' where a patient is walking with a dog, indicating the fluid is staying in the abdomen. A clock icon is shown next to the Dwell Phase.



RIMINI
11.11.14
LA MALATTIA RENALE
CRONICA
QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

- Per l'esecuzione degli scambi, a seconda delle condizioni dell'assistito, potrebbero configurarsi tre situazioni:
- 1.L'infermiere di nefrologia cura l'approvvigionamento del materiale necessario per la CAPD e il paziente svolge in autonomia gli scambi;
- 2.L'infermiere di nefrologia svolge gli scambi raggiungendo il paziente in reparto;
- 3.L'infermiere di nefrologia svolge gli scambi peritoneali nella degenza nefrologica- ambulatorio di dialisi peritoneale e il paziente deve essere trasportato più volte al giorno in queste sedi.



RIMINI
11.11.14
LA MALATTIA RENALE
CRONICA
QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

APD (Automated peritoneal dialysis)

- Metodica automatizzata→ un device ad alimentazione elettrica (Cycler) svolge in modo automatico, sulla base di precise impostazioni, un certo numero di scambi per un numero variabile di ore (solitamente 8-9).
- Tecnica sia notturna (più frequente, generalmente impiegata in pazienti autonomi) che diurna (pazienti solitamente non autonomi).
- Nelle ore di trattamento il paziente non può allontanarsi dalla sua postazione dialitica, pena la sospensione della terapia→ pianificare in anticipo eventuali spostamenti del paziente (ad esempio per esami diagnostici strumentali).





LA MALATTIA RENALE CRONICA
QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

APD (Automated peritoneal dialysis)

- Per l'esecuzione della seduta dialitica, a seconda delle condizioni dell'assistito, potrebbero configurarsi più situazioni:
- 1.L'infermiere di nefrologia cura l'approvvigionamento del materiale necessario per la APD e il paziente cura tanto il montaggio del cyclor con l'apposito circuito quanto le fasi di avvio e termine della procedura. Quando il trattamento è stato concluso, il paziente si occupa altresì dello smontaggio del circuito dal cyclor.
- 2.L'infermiere di nefrologia approvvigiona il materiale necessario per la APD e cura il montaggio del cyclor. Il paziente si occupa autonomamente dell'avvio e del termine della dialisi curando le fasi di attacco e stacco. Al termine del trattamento, l'infermiere smonta il circuito.
- 3.L'infermiere di nefrologia si occupa tanto dell'approvvigionamento del materiale, quanto delle fasi di montaggio, avvio e termine del trattamento e smontaggio del cyclor.



Il cyclor, in corso di trattamento, potrebbe generare allarmi (segnale acustico + codice errore) che pongono l'APD in stand-by. Se questo si verifica:

1. Tranquillizza il paziente e verifica se sa come risolvere l'allarme;
2. Annota il codice errore o il testo del messaggio di allarme e comunicalo all'infermiere di nefrologia, il quale attuerà un intervento risolutivo in loco.



LA MALATTIA RENALE CRONICA
QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

RICOVERO DI UN PAZIENTE IN DIALISI PERITONEALE IN UNA DEGENZA NON NEFROLOGICA

Ricovero **in urgenza** dal pronto soccorso o **programmato** dall'equipe nefrologica.

Al momento del ricovero:

- Assicurarsi che il medico di reparto richieda una consulenza nefrologica per la valutazione del paziente;
- Contattare gli infermieri di nefrologia per l'approvvigionamento del materiale necessario e la gestione del trattamento dialitico → Il trattamento può essere gestito dal paziente o dai familiari. Qualora il paziente sia impossibilitato all'autogestione, gli infermieri di area nefrologica si attiveranno per raggiungere il reparto di riferimento ed erogare la prestazione.
- Assegnare al paziente una camera preferibilmente non affollata;



- **Scambio peritoneale svolto in degenza:**
 - identificare un locale igienicamente idoneo all'esecuzione degli scambi dialitici(ambulatorio o camera del paziente) → ogni trattamento peritoneale deve essere svolto nelle migliori condizioni di pulizia al fine di scongiurare una contaminazione del catetere peritoneale e del peritoneo;
 - garantire un'adeguata pulizia dell'unità di degenza.
 - Verificare che l'ambiente scelto sia dotato di: un tavolo e una seggiola, un'asta porta flebo, gel idroalcolico, contenitori per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (per lo smaltimento del circuito, delle sacche di dialisi contenenti il liquido dialitico di scarico e delle medicazioni sporche dell'exit-site).



Non svuotare mai le sacche dell'effluente manualmente. I tappi di chiusura medicati (con iodio-povidone) del catetere peritoneale vanno gettati in un contenitore rigido; gli imballaggi esterni di sacche e circuito possono invece essere differenziati.

Alla dimissione: Contattare il reparto di nefrologia per il ritiro integro del materiale dialitico di competenza.

Desirée Andreoli



Durante lo svolgimento del trattamento:

- garantire la chiusura di porte e finestre della camera di degenza durante le fasi di dialisi;
- mantenere il paziente lontano da correnti d'aria, condizionatori e fonti di calore;
- evitare il sovraffollamento della camera invitando, se possibile, eventuali visitatori ad attendere all'esterno nelle fasi di attacco e stacco;
- far indossare al paziente e a quanti si trovino in prossimità dello stesso una mascherina chirurgica nelle fasi di attacco e stacco.







LA MALATTIA RENALE CRONICA
QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

RIMINI
13, 14, 15 AGOSTO 2015
Ritiro Convegno di

Nel corso del ricovero:

- **Bilancio entrate-uscite di liquidi:**
 - Se diuresi conservata consegnare al paziente un contenitore graduato per la raccolta delle urine delle 24 ore.
 - Introito di **750 ml** superiore al volume della diuresi del giorno precedente. Includere nel conteggio giornaliero anche i cibi ad alto contenuto di liquidi (brodi, yogurt, gelati) e le infusioni endovenose (importante il confronto con il personale di dialisi prima dell'avvio di terapie infusionali di grande volume).
 - Verificare giornalmente il **peso**→ Un'eccessiva ritenzione di liquidi potrebbe manifestarsi con: aumento di peso, ipertensione arteriosa, edemi periferici, difficoltà respiratorie in clinostatismo fino all'edema polmonare (una delle complicanze più gravi e temibili nel dializzato).
- **Monitoraggio dei parametri vitali:** almeno una volta per ogni turno.





LA MALATTIA RENALE CRONICA
QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

RIMINI
13, 14, 15 AGOSTO 2015
Ritiro Convegno di

- **Monitoraggio dell'alvo:** la presenza di costipazione rappresenta infatti un fattore di rischio per dislocazione del catetere e difficoltà nel carico e scarico addominale.
- **Esami strumentali:** informarsi sulla necessità di un preventivo drenaggio del liquido di dialisi dall'addome→ per l'esecuzione di Rx addome, Esofagogastroduodenoscopia (EGDS), Colonscopia, Clisma opaco, è consigliato scaricare l'addome dal liquido dializzante per agevolare la visione corretta dell'esame.
- **Monitoraggio segni e sintomi di complicanze** associate al trattamento.



In caso di dubbi, problemi o anomalie riscontrate contattare sempre tempestivamente l'equipe nefrologica.

ACQUA e BEVANDE

 1 litro al giorno

DOLCI e SNACKS
saltuarialmente in piccole quantità


CONDIMENTI
 2-3 porzioni al giorno
 olio extravergine d'oliva


FRUTTA e VERDURA
 4 porzioni piccole


PROTEINE
 3 porzioni al giorno
 latte e derivati
 carne bianca
 pesce
 carne rossa
 legumi


CEREALI non integrali e derivati
 4-5 porzioni al giorno
 pasta, riso, semolino,
 pane, fette, crackers e altri prodotti da forno


ATTIVITA' FISICA MODERATA - STILE DI VITA ATTIVO


Sodio: il limite massimo di assunzione consigliato è 2.3 g/die.
Evitare l'assunzione di alimenti preparati industrialmente come salse, insaccati e prodotti da forno che potrebbero contenere «sale nascosto».

Potassio: essendo l'iperkaliemia del dializzato un evento frequente e critico, porre attenzione agli introiti globali di potassio. Anche se l'assunzione di frutta e verdura deve essere potenziata, per la sua capacità intrinseca di ridurre i livelli di acidosi, alcuni tipi di frutta e verdura contengono alte quantità di potassio.

Alimenti maggiormente ricchi di potassio (da limitare): legumi secchi, frutta secca, cioccolato fondente, cereali integrali, frutta (avocado, ribes, kiwi, banana, albicocche, pesche e melone) e verdura (patate, spinaci, finocchi, carciofi).

Zuccheri semplici: da limitare per scongiurare obesità e iperglicemia (glucosio già presente nel dialisato!!).

Calcio: consigliato un introito di 800-1000 gr/die.

IL POSIZIONAMENTO DEL CATETERE PERITONEALE NEL PAZIENTE RICOVERATO IN UNA DEGENZA NON NEFROLOGICA

Ricovero solitamente in Nefrologia ma anche in altra degenza medico-chirurgica
Gli infermieri dei reparti non nefrologici devono conoscere:

- Timing dell'intervento: contattare gli infermieri di sala per poter conoscere la lista operatoria.
- Tecnica di impianto scelta → ad eccezione della tecnica percutanea, le altre metodiche vengono messe in atto da un chirurgo addominale in sala operatoria.

Per la preparazione all'intervento contattare gli infermieri dell'U.O. di Nefrologia per conoscere il protocollo di preparazione del paziente.

Al termine dell'intervento, se il paziente non viene trasferito in una degenza nefrologica, sarà cura dell'infermiere di area non nefrologica curare il post-operatorio.

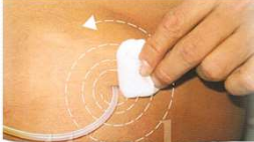


LA MALATTIA RENALE CRONICA
QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

GESTIONE DELL'EMERGENZA CUTANEA PERITONEALE IN UNA DEGENZA NON NEFROLOGICA

L'emergenza cutanea (exit- site) del catetere peritoneale è normalmente gestita dal paziente autonomo, dal suo caregiver o dall'infermiere di nefrologia e dialisi.
Il personale di degenza non nefrologica non deve prendere iniziative autonome nel rinnovo della medicazione dell'exit, ma fare sempre riferimento al centro dialisi al fine di evitare una gestione non corretta dell'emergenza.
Il rinnovo della medicazione è infatti un processo delicato che richiede:

- L'impiego di una mascherina chirurgica (infermiere e paziente) al fine di non contaminare il catetere da patogeni respiratori;
- Il lavaggio antisettico delle mani;
- La detersione dell'exit-site con antisettici o sapone antibatterico;
- L'utilizzo di una medicazione a piatto a copertura dell'emergenza del catetere;
- L'ancoraggio del catetere alla cute dell'addome per la protezione del device da stress meccanici.





LA MALATTIA RENALE CRONICA
QUALE FUTURO PER I PAZIENTI?

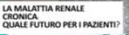
COMPLICANZE PERITONEALI

Le principali complicanze associate al trattamento peritoneale sono:

- Peritonite;
- Infezione dell'exit-site;
- Leakage.

Le complicanze di natura infettiva sono spesso la causa del mancato rispetto delle norme igieniche (utilizzo della mascherina, lavaggio antisettico delle mani, igiene intestinale scarsa, ambiente non idoneo) nella gestione del catetere peritoneale e del suo exit-site.
Le complicanze peritoneali sono una delle cause più frequenti di ricovero ospedaliero del paziente.





COMPLICANZE PERITONEALI: SEGNI E SINTOMI

L'infermiere di degenza non nefrologica deve saper riconoscere segni e sintomi delle complicanze peritoneali al fine di riferirli prontamente all'equipe nefrologica.

PERITONITE:

- Dolore addominale
- Febbre
- Diarrea/stipsi
- Nausea
- Vomito
- Effluente peritoneale torbido



INFEZIONE DELL'EXIT-SITE:

- essudato purulento a livello dell'exit site

LEAKAGE:

- gocciolamento dall'exit-site con medicazione umida
- edema del tunnel sottocutaneo del catetere o dei genitali
- idrotorace e difficoltà respiratorie.



QUALORA SI RILEVI LA PRESENZA DI UNA DI QUESTE COMPLICANZE CONTATTARE SUBITO IL CENTRO DIALISI DI RIFERIMENTO



BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- 1.Crabtree JH, Shrestha BM, Chow K-M, et al. Creating and Maintaining Optimal Peritoneal Dialysis Access in the Adult Patient: 2019 Update. Peritoneal Dialysis International. 2019;39(5):414-436. doi:10.3747/pdi.2018.00232
- 2.Piraino B, Bernardini J, Brown E, Figueiredo A, Johnson DW, Lye WC, Price V, Ramalakshmi S, Szeto CC. ISPD position statement on reducing the risks of peritoneal dialysis-related infections. Perit Dial Int. 2011 Nov-Dec;31(6):614-30. doi: 10.3747/pdi.2011.00057. Epub 2011 Aug 31. PMID: 21880990.
- 3.Li PK-T, Chow KM, Cho Y, et al. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. Peritoneal Dialysis International. 2022;42(2):110-153. doi:10.1177/08968608221080586
- 4.Ikizler TA, Cuppari L. Le linee guida di pratica clinica KDOQI aggiornate del 2020 per la nutrizione nella malattia renale cronica. Sanguis Purif. 2021;50(4-5):667-671. DOI: 10.1159/000513698. EPUB 2021 Marzo 2. PMID: 33652433. Disponibile all'indirizzo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33652433/>
5. Cullis B, Al-Hwiesh A., Kilonzo K et al. ISPD guidelines for peritoneal dialysis in acute kidney injury: 2020 update (adults). Peritoneal Dialysis International. 2021;41(1):15-31. doi:10.1177/0896860820970834
6. Ronco C. Dialisi peritoneale. 2019, Piccin Nuova Libreria S.p.A, Padova
7. <https://www.fondoasim.it/cosa-mangiare-in-dialisi/>