

## **IL CATETERE PERITONEALE E LA GESTIONE NEL PERIODO PRE E POST IMPIANTO**



<b>Rev.</b>	<b>Data</b>	<b>Redatto</b>	<b>Verificato</b>	<b>Approvato</b>
<b>1</b>	<b>2013</b>	GIT DP		Gruppo Infermieristico Toscano di Dialisi Peritoneale

## **1.COMPOSIZIONE DEL GRUPPO E METODOLOGIA DI LAVORO**

Le sottoscritte indicazioni di uniformità nell'impianto del catetere peritoneale del Gruppo Infermieristico Toscano di Dialisi Peritoneale (GIT DP), sono state elaborate e condivise con i centri Dialisi Peritoneale della Toscana.

Il Gruppo di Lavoro, dopo aver effettuato una ricerca in letteratura scientifica e preso atto delle linee guida del GSDP, ha somministrato un questionario a tutti i centri di Dialisi Peritoneale per rilevare le modalità operative gestione e cura del catetere peritoneale.

I risultati che si ottengono nel posizionamento e nella gestione del catetere per dialisi peritoneale possono dipendere dalle tecniche utilizzate, ma derivano soprattutto dall'esperienza degli operatori. Il confronto tra essi può aiutare a modificare le loro convinzioni, e così a migliorare ulteriormente i risultati, per il bene dei pazienti. Questo è lo scopo che la presente indicazione si propone.

Il GIT DP ha redatto la sintesi del lavoro svolto in un elaborato adattato e aggiornato sulle evidenze scientifiche con lo scopo di uniformare, in tutti i centri, le modalità operative relative alla gestione del catetere peritoneale nel periodo pre e post impianto.

## **2. OBIETTIVO DELLE INDICAZIONI**

Attraverso queste indicazioni, il GIT DP si propone di uniformare e ottimizzare interventi e manovre per la cura e la gestione del catetere nel periodo pre e post impianto.

## **3. CAMPO DI APPLICAZIONE E APPLICABILITA'**

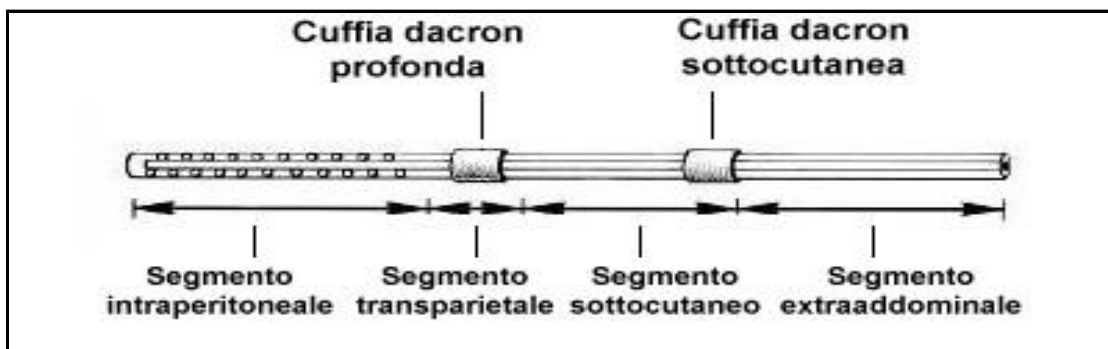
Le presenti indicazioni dovrebbero essere utilizzate da tutti i centri di Dialisi Peritoneale della Toscana (Infermieri e Medici) anche attraverso la compilazione del database apposito al fine di essere confrontabili e monitorate per la ricerca della miglior pratica.

## **5. INQUADRAMENTO GENERALE DEL CATETERE PERITONEALE**

Il catetere peritoneale deve essere un accesso permanente e sicuro per la cavità peritoneale.  
Il corretto funzionamento del catetere peritoneale rappresenta uno dei principali cardini su cui si basa il successo della dialisi peritoneale, i pazienti devono essere ben addestrati e il personale medico e infermieristico deve prestare attenzione oltre alla tecnica d'impianto alla cura dello stesso.

### **Definizione del catetere peritoneale:**

Il catetere peritoneale è definito come un tubicino di materiale biocompatibile di varie forme e misure.  
Il modello originario di Tenckhoff, ideato nel lontano 1968 ma ancora oggi il più usato seppur in varie configurazioni. Il materiale usato è il silicone, dotato di minor azione irritante rispetto al polivinile o altri materiali in precedenza utilizzati, atraumatico per i tessuti circostanti, morbido, flessibile e privo di elasticizzanti rilasciabili clinicamente dannosi.



Un buon accesso è la chiave del successo. Il successo dipende sia dall'esperienza dell'operatore e dalla padronanza della sua tecnica di posizionamento che da un'attenta cura dello stesso; tuttavia in base all'esperienza quotidiana e ai dati della letteratura, seppur come detto non corredati da una robusta significatività statistica, sembra ragionevole optare per un catetere in silicone a due cuffie con orientamento dell'exit-site rivolto verso il basso.

## **6. IL CONSENSO INFORMATO**

Il consenso informato deve essere un documento che evidenzia l'informazione e la partecipazione del paziente al processo decisionale, all'interno del rapporto medico-paziente, come enunciato dalla Costituzione.

**Art.32**

*“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

*“Un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero ed informato”.*

**Art. 5 Convenzione di Oviedo:** *la Convenzione di Oviedo è stata ratificata in Italia con la Legge n. 145/2001, che dà “piena ed intera esecuzione alla Convenzione” - art. 2 -, ma delega – art. 3 – il Governo “ad adottare uno o più decreti legislativi” di attuazione; tuttavia questi ultimi non sono stati emanati nel termine di sei mesi fissato dalla delega.*

Una procedura corretta deve avere:

- Una valida comunicazione tra medico e paziente
- Il riconoscimento del diritto del paziente ad accettare o rifiutare le opzioni diagnostico-terapeutiche propostegli
- Il diritto del medico ad avere la conferma, con valore legale, che il paziente abbia compreso i potenziali rischi e benefici legati alla procedura cui verrà sottoposto e quale sia il ruolo del medico

L’informazione del paziente ha lo scopo di rispondere alle sue domande, di fugare i suoi dubbi e di ottenere un consenso valido.

L’autorizzazione, corredata di data, firma del paziente o dei genitori o del tutore e firma del medico che l’ha richiesta e ottenuta deve essere parte integrante della cartella clinica o cartella clinica integrata.

## **7. PREPARAZIONE PRE-OPERATORIA**

L’uso di indicazioni condivise è fondamentale per la buona pratica clinica, ed ogni centro dialisi peritoneale dovrebbe essere in grado di utilizzarle al fine di uniformare ed ottimizzare gli interventi e le manovre. Ai fini di una buona riuscita dell’intervento chirurgico di posizionamento del catetere peritoneale, è importante la preparazione del paziente nei giorni immediatamente precedenti. Molti dei pazienti con insufficienza renale cronica, a causa delle patologie cardio-vascolari concomitanti, assumono farmaci anti-aggreganti piastrinici ed anticoagulanti. Per evitare sanguinamenti importanti durante l’intervento e nell’immediato post-operatorio, va valutata ogni volta la possibilità di sospendere tali farmaci e la loro sostituzione, per il periodo necessario, con eparine a basso peso molecolare. Questa decisione va concordata con il medico anestesista e, talvolta, anche con il cardiologo (es.: doppia anti-aggregazione per stent coronarici), per cui è opportuno predisporre alcuni protocolli. Oltre che per il rischio di sanguinamento intra e post-operatorio, gli antiaggreganti e gli anticoagulanti devono essere assolutamente sospesi e, se necessario sostituiti, in caso di anestesia spinale (es.: posizionamento catetere più ernioplastica).

**7.1 valutazione del paziente:** la valutazione del paziente per il posizionamento del catetere peritoneale dovrebbe essere eseguita dal nefrologo che ha in cura il paziente in collaborazione con il chirurgo; essa mira ad escludere controindicazioni e a ridurre le complicanze.

L’anamnesi e l’ esame obiettivo accurato, sono fondamentali per programmare correttamente il posizionamento del catetere peritoneale e per evitare complicanze, la presenza di cicatrici addominali e/o ernie ombelicali, inguinali non sempre sono controindicazioni alla dialisi peritoneale.

La posizione dell’exit-site non dovrebbe coincidere con il livello della cintura o del giro vita della gonna, inoltre la zona dell’exit-site dovrebbe essere, in posizione seduta, ben accessibile al paziente per eseguire le medicazioni.

**7.2 valutazione anestesiológica:** nella maggior parte delle procedure chirurgiche che si effettuano per il posizionamento del catetere peritoneale, l’intervento può essere condotto sia in anestesia locale, spinale o generale, la competenza e la responsabilità dell’atto anestesiológico sono esclusivi del medico specialista in anestesia e rianimazione.

Nella valutazione anestesiológica è importante:

- ✓ Definire lo stato basale del paziente attraverso gli esami di laboratorio e strumentali o visite specialistiche, necessarie per una corretta valutazione clinica
- ✓ Pianificare eventuali provvedimenti terapeutici, come la sospensione di eventuali farmaci che interferiscono con la coagulazione (anticoagulanti ed antiaggreganti piastrinici) con il passaggio a eparina a basso peso molecolare
- ✓ Definire la condotta anestesiológica
- ✓ Provvedere ad un'eventuale terapia antalgica post operatoria
- ✓ Dare un'adeguata informazione al paziente ed acquisire il relativo consenso

**7.3 preparazione preoperatoria:** al fine di una buona riuscita dell'intervento chirurgico, è importante la preparazione nei giorni precedenti:

- ✓ Raccolta dati per completare la compilazione della cartella infermieristica o cartella integrata
- ✓ Controllo degli esami ematici e strumentali
- ✓ Firma del consenso informato
- ✓ Uso di lassativi o clistere evacuativo almeno due giorni precedenti all'intervento
- ✓ Esecuzione di una doccia/bagno la sera prima o la mattina stessa dell'intervento ponendo particolare attenzione a livello della zona ombelicale
- ✓ Assunzione di una terapia antibiotica endovenosa prima e/o dopo l'intervento per la profilassi della peritonite ad insorgenza precoce in base ai protocolli in uso
- ✓ Profilassi per le infezioni da Stafilococco Aureo con mupirocina, da attuare sia prima che dopo il posizionamento del catetere peritoneale
- ✓ Tricotomia xifo-pubica
- ✓ Consigliare l'utilizzo di una fascia contenitiva da indossare nel post-intervento
- ✓ Eliminare protesi dentali mobili ed eventuali monili (orologi, anelli, bracciali, collane ecc....)
- ✓ Svuotamento della vescica in modo che sia vuota durante l'intervento (in alcuni casi per ordine medico o protocolli in uso si posiziona il catetere vescicale)

**7.4 valutazione durante il posizionamento del catetere peritoneale:** durante l'intervento l'infermiere dopo che il nefrologo o il chirurgo o il team nefro-chirurgico ha posizionato il catetere peritoneale, prima della costruzione della borsa di tabacco, dovranno essere fatti dei bassi carichi (500 ml) con soluzione a temperatura ambiente a bassa concentrazione di glucosio per assicurare la corretta posizione e la pervietà del catetere.

Una volta definito il buon funzionamento si procederà alla conclusione dell'intervento chirurgico.

## **8. PERIODO POST-OPERATORIO**

Nella fase post-operatoria si effettuano procedure di controllo del posizionamento e funzionamento del catetere peritoneale, unitamente a procedure di gestione dello stesso finalizzate alla prevenzione delle infezioni, traumi e Leakage.

E' competenza dell'infermiere dopo il posizionamento del catetere peritoneale a:

- ✓ Non mobilizzare il paziente sino al giorno successivo o il giorno stesso in base alla tipologia di anestesia utilizzata (locale, spinale, generale)

- ✓ Applicare la fascia elastica ogni volta che si effettua una mobilizzazione dal letto e per almeno due settimane dopo il rientro al domicilio
- ✓ Controllo dei segni vitali e stato della medicazione
- ✓ Eseguire la medicazione dell'emergenza cutanea e della ferita chirurgica con tecnica asettica
- ✓ Fissare il Catetere peritoneale fuori della medicazione rivolto verso il basso controllando che sia ben bloccato per evitare traumi sull'emergenza cutanea
- ✓ Se necessario eseguire lavaggi con soluzione a basso contenuto di glucosio
- ✓ Eventuali scatti radiografici dell'addome in due proiezioni (AP/LL) in posizione eretta per il controllo del posizionamento del catetere peritoneale
- ✓ Programmare con il paziente lavaggi successivi del catetere peritoneale

## **9. BREAK-IN**

Per break-in s'intende il periodo che va dall'inserimento del catetere peritoneale fino all'inizio del trattamento dialitico. Esso permette di valutare la pervietà e il buon funzionamento del catetere mediante la somministrazione intraperitoneale di soluzione a bassa concentrazione di glucosio con aggiunta di eparina (su prescrizione medica). Sono previsti lavaggi nella 3°, 6° e 9° giornata dall'intervento di inserimento del catetere peritoneale e lavaggi monosettimanali fino al suo utilizzo.

E' in questo periodo ha inizio l'educazione terapeutica dal controllo e l'uso della medicazione, all'adeguato lavaggio delle mani, all'utilizzo della mascherina, al rispetto di alcune norme igienico comportamentali.

**Preparazione dell'utente:** Spiegare all'utente che il Break-in permette di valutare la pervietà e il buon funzionamento del catetere

**Materiale occorrente:** piano di appoggio con asta, sacca a bassa concentrazione di glucosio, eparina, mascherina, disinfettante per mani, tappini, siringa, ago da diluizione, conchiglia (*metodo Baxter*), garze sterili, amuchina PD, organizer (*metodo Fresenius*)

### **Modalità operative:**

- Preparare sul piano d'appoggio : la sacca calda a concentrazione di glucosio più bassa, il tappino, il disinfettante per le mani
- Chiudere porte e finestre
- Togliersi anelli, braccialetti, orologio, legarsi i capelli se necessario
- Indossare la mascherina
- Scartare la sacca sopra il piano di appoggio
- Togliere dalla tasca di stoffa la prolunga catetere e porla sopra un telino o utilizzare l'apposito supporto
- Lavarsi le mani, asciugarle con la carta monouso
- Appendere la sacca all'asta, disinfettare con amuchina PD il beccuccio apposito per l'infusione di farmaci, inserire all'interno della sacca superiore 500 UI/lit di eparina, far scendere in basso la sacca di scarico
- Disinfettarsi le mani con apposito disinfettante (es. septaman gel o similare)
- Connettere il catetere alla sacca

- Dopo aver effettuato uno scarico iniziale e un lavaggio della connessione a Y iniziare la fase di **INFUSIONE** di 500 ml di soluzione
- Successivamente eseguire lo scarico del liquido caricato
- Ripetere l'infusione più volte ripetuto da uno scarico
- Al termine aprire l'involucro contenente il tappo nuovo stando attenti a non toccarne la parte interna
- Disinfettarsi le mani con apposito disinfettante (es. Septaman gel o similare)
- Scollegare il miniset dalla linea infusione stando molto attenti a non toccarne la parte interna, e tappare con il tappino nuovo
- Controllare la limpidezza del liquido drenato: limpido, rosato, ematico, presenza di fibrina.....
- Annotare il tutto sulla scheda infermieristica
- Smaltire il materiale usato

**N.B.: Al termine di ogni scambio pulire il piano d'appoggio con una piccola quantità di sapone e acqua su un panno umido**

9.1 **medicazione dell'emergenza cutanea:** Durante il break-in la medicazione dell'emergenza cutanea e della ferita chirurgica viene effettuata in 3°, 6°, 9° giornata dal posizionamento del catetere peritoneale. Una buona cura dell'emergenza del catetere peritoneale minimizza i rischi di infezione dell'emergenza e del tunnel sottocutaneo.

Nell'immediato periodo post-operatorio, la medicazione dell'emergenza cutanea deve essere fatta in totale asepsi e solo dopo tre giorni dall'impianto salvo nel caso in cui si rilevino eventuali perdite ematiche.

La medicazione sterile deve essere eseguita fino alla rimozione totale dei punti di sutura; la doccia deve essere fatta solo dopo la rimozione dei punti e dopo un mese dal posizionamento del catetere peritoneale, in ogni caso l'infermiere del centro, previa valutazione, autorizzerà il paziente a fare la doccia.

Si consiglierà al paziente l'uso di un abbigliamento comodo, confortevole, evitando cinture e utilizzando al loro posto eventualmente delle bretelle.

La cura dell'emergenza cutanea verrà affidata al paziente o care giver il più tardi possibile previo training.

Al termine della medicazione, porre il catetere rivolto verso il basso in modo da favorire la fuoriuscita di probabile materiale presente all'interno del tunnel. (fibrina, coaguli, siero ecc....)

Modalità di medicazione dell'emergenza cutanea	
1° INFERMIERE	2° INFERMIERE
Togliere anelli, bracciali, orologi	Togliere anelli, bracciali, orologi
Indossare la mascherina	Indossare la mascherina
Eseguire lavaggio sociale delle mani	Eseguire lavaggio sociale delle mani
Rimuovere la precedente medicazione sull'EC	
Eseguire lavaggio antisettico delle mani	Porgere guanti sterili
Indossare guanti sterili	Porgere il telino sterile
Prendere il telino sterile	
Posizionare il telino sull'addome dell'utente	Porgere garze sterili
Posizionare le garze sterili sul telino	
Esaminare l'emergenza cutanea ed il tunnel con	Imbibire le garze con soluzione fisiologica 0,9%

la palpazione, l'emergenza cutanea non deve apparire arrossata e gonfia, e il percorso del catetere non deve risultare duro e dolente	
Detergere la zona intorno all'EC in modo circolatorio (dall'interno verso l'esterno) con manovre leggere e delicate senza rimuovere eventuali croste	
Posizionare una garza sotto il catetere	Spruzzare amuchina allo 0,05% e/o clorexidina al 2% in soluzione acquosa sull'EC e intorno ad essa (farla agire per qualche secondo)
Asciugare accuratamente l'EC	
Applicare sotto e sopra il catetere alcune garze asciutte o nido di rondine ponendo il catetere rivolto verso il basso	Aprire cerotto
Immobilizzare con il cerotto il catetere in maniera che non si creino microtraumi	
Avvolgere la prolunga con delle garze e bloccarla con un cerotto	
	Smaltire i materiali usati

<b>Modalità di medicazione della ferita chirurgica</b>	
<b>1° INFERMIERE</b>	<b>2° INFERMIERE</b>
Togliere anelli, bracciali, orologi	Togliere anelli, bracciali, orologi
Indossare la mascherina	Indossare la mascherina
Eseguire lavaggio sociale delle mani	Eseguire lavaggio sociale delle mani
Rimuovere la precedente medicazione sui punti di sutura	
Eseguire lavaggio antisettico delle mani	Porgere guanti sterili
Indossare guanti sterili	Porgere il telino sterile
Prendere il telino sterile	
Posizionare il telino sull'addome dell'utente	Porgere garze sterili
Posizionare le garze sterili sul telino	
Osservare la ferita chirurgica e valutare lo stato (eventuali segni di infezione, integrità della sutura, accostamento dei lembi di cute)	Imbibire le garze con soluzione fisiologica 0,9%



Detergere la zona intorno alla ferita chirurgica iniziando dalla sutura e proseguendo verso l'esterno con manovre leggere e delicate senza rimuovere eventuali croste se la presenza di residui ematici è abbondante utilizzare perossido d'idrogeno	Imbibire le garze con iodio povidone a soluzione acquosa al 7,5% e/o 10%
Asciugare accuratamente la ferita con una garza asciutta e disinfettare con garze imbibite di iodio povidone a soluzione acquosa al 7,5% e/o 10%	Aprire il cerotto
Applicare sui punti di sutura un cerotto	
	Smaltire i materiali usati

## **10. BIBLIOGRAFIA**

- Best practice: “ il catetere per dialisi peritoneale”
- Valutare il catetere peritoneale ed i sistemi di connessione  
Giornale Italiano di Nefrologia/Anno 24 S-40, 2007/pp S42-S49
- Renal Omnia Manuale di Dialisi Peritoneale pp 53-54; 58-65