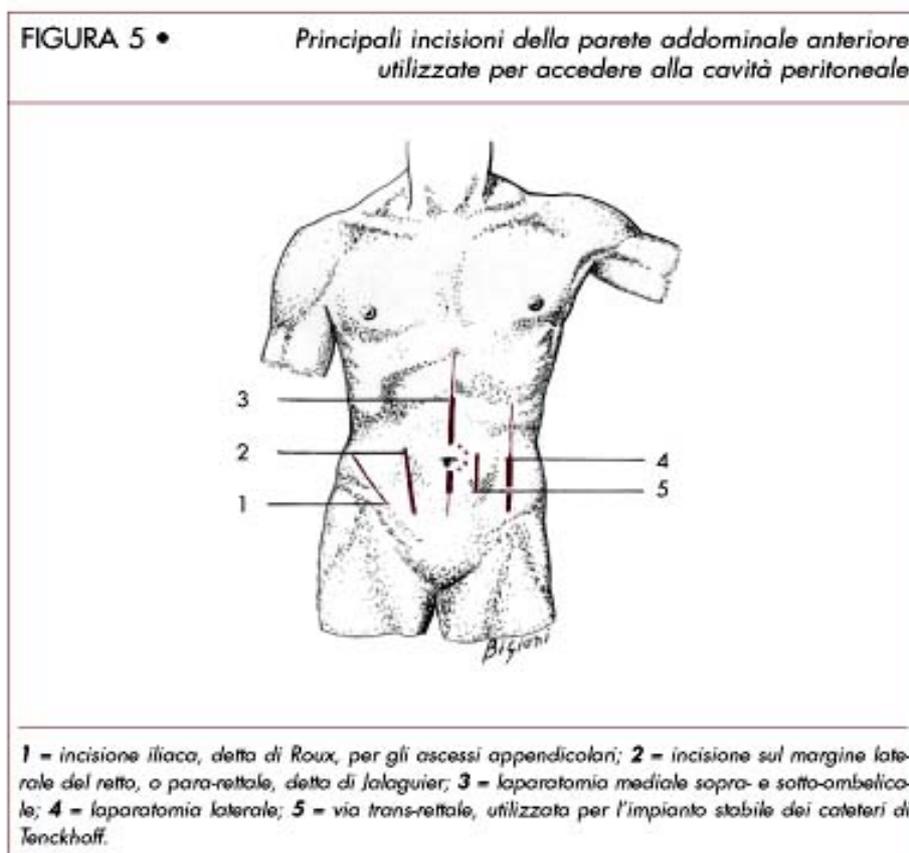


CAPITOLO SETTIMO

DIALISI PERITONEALE

La Dialisi Peritoneale utilizza il peritoneo, membrana che delimita una cavità in cui, attraverso il catetere peritoneale, è introdotto il liquido di dialisi. Dalla figura seguente si vedono i vari punti di inserzione del catetere peritoneale nella parete addominale:

(Figura dal sito: www.sin-italia.org, della S.I.N. Società Italiana di Nefrologia)



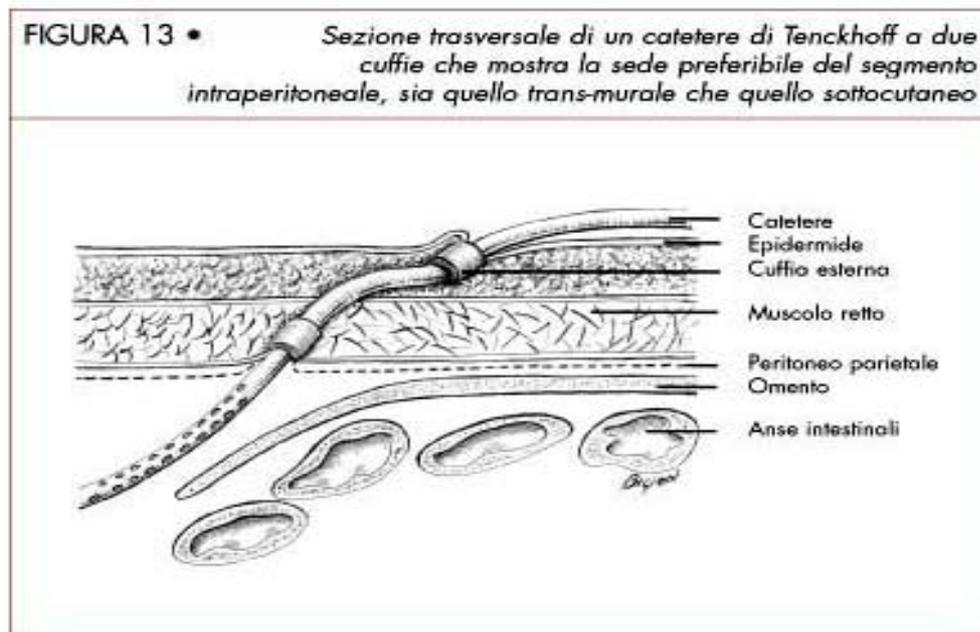
Il peritoneo

Il peritoneo è una sottile membrana che avvolge l'intestino, ricopre gran parte degli organi situati nell'addome (fegato, pancreas, milza, reni, vescica, utero, vasi) e riveste dal di dentro la parete addominale e il diaframma. In tal modo delimita all'interno dell'addome una cavità

chiusa detta cavità peritoneale che, normalmente vuota, si può riempire di liquido nel corso di alcune malattie . La dialisi peritoneale sfrutta la proprietà del peritoneo di essere una membrana porosa, in grado cioè di consentire il passaggio di alcune sostanze tra la fitta rete di vasi sanguigni e linfatici che la percorrono e la cavità peritoneale in cui viene immesso il liquido di dialisi.

Il catetere peritoneale

Figura dal sito: www.sin-italia.org, della S.I.N. (Società Italiana di Nefrologia)



Il catetere peritoneale è un piccolo tubo di plastica morbida (silicone) del diametro di circa 0,5 cm che, attraverso la parete addominale, mette in comunicazione la cavità peritoneale con l'esterno, consentendo di introdurre e togliere il liquido di dialisi dalla cavità. Il catetere è inserito chirurgicamente nello scavo del Douglas attraverso il quale viene introdotto un liquido di dialisi.

L'inserzione del catetere è effettuata prima di iniziare il trattamento dialitico, con un piccolo intervento chirurgico in anestesia locale. Con una piccola incisione sulla parete addominale, una parte del catetere, lunga circa 15-20 cm, è introdotta nella cavità peritoneale (parte peritoneale), una parte, lunga circa 7-9 cm, rimane all'interno della parete addominale (parte addominale) ed in fine una parte di circa 15 cm esce all'esterno (parte esterna).

La parte peritoneale, oltre al foro terminale, è dotata di numerosi piccoli fori laterali per facilitare l'entrata e l'uscita del liquido di dialisi dalla cavità peritoneale.

Sulla parete esterna della parte addominale, a distanza di circa 5-6 cm tra loro, sono incollate due cuffie costituite da un materiale speciale (cuffie di dacron) che serve ad ancorare il catetere alla parete addominale. In questo modo il catetere non può essere sfilato neppure in seguito a delle forti trazioni accidentali.

La parte esterna esce dalla parete attraverso un piccolo foro della pelle (orifizio cutaneo) e alla sua estremità collocato un sistema di raccordo (set di raccordo) idoneo al collegamento con la sacca di dialisi. L'orifizio cutaneo è un punto su cui devono essere evitati i traumi e che deve essere mantenuto pulito per ridurre rischio di infezioni.

La rimozione del catetere peritoneale avviene solo nel caso intervengano complicanze o venga interrotto il trattamento dialitico peritoneale. Anche in questo caso sarà necessario un piccolo intervento chirurgico in anestesia locale.

7.1 ASSISTENZA ALLA PERSONA IN DIALISI PERITONEALE

Esistono principalmente due metodiche di Dialisi Peritoneale

- Dialisi peritoneale automatizzata APD
- Dialisi peritoneale continua CAPD

In questa fase l'infermiere deve:

✓ APPLICARE LE PROCEDURE TERAPEUTICHE

1. ASSISTERE IL PAZIENTE NEL POSIZIONAMENTO DEL CATETERE PERITONEALE

Fase pre-operatoria

- Programmazione indagini diagnostiche.
- Informazione al paziente sull'intervento.
- Tricotomia.
- Clistere.
- Controllo peso corporeo.

Fase intra-operatoria

- Sostegno.
- Assistenza al medico.

Fase post-operatoria

- Effettuare posizionamento del set di trasferimento.
- Effettuare medicazione dell'emergenza cutanea e della ferita chirurgica.
- Eseguire lavaggi peritoneali secondo protocolli.
- Controllare la comparsa di segni e sintomi che possono indicare l'insorgenza di complicanze immediate : liquido torbido, ematico, leakage, drenaggio difficoltoso.

2. SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA

- Somministrazione di farmaci.
- Istruzioni al paziente per l'auto-somministrazione di farmaci intra-peritoneali.

3. EFFETTUARE LA CAPD o la APD

4. EFFETTUARE IL CAMBIO SET

✓ ESEGUIRE LE PROCEDURE DIAGNOSTICHE

1. ESEGUIRE INDAGINI EMATOCHIMICI SU SANGUE E SU LIQUIDO DI DIALISI SECONDO PROTOCOLLI

2. ESEGUIRE PRELIEVI PER IL CONTROLLO DELLA

FUNZIONALITA' PERITONEALE

3. ESEGUIRE PRELIEVI COLTURALI

✓ **ASSICURARE L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE**

1. GUIDARE ED INDIRIZZARE IL PAZIENTE ALLA DIETA

- Controllo del peso.
- Controllo degli edemi.
- Colloqui con dietiste.

✓ **SVILUPPARE UNA CORRETTA INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE**

Il paziente in dialisi peritoneale partecipa in modo attivo al trattamento dialitico con o senza un supporto di un partner. Il requisito principale per chi sceglie questa metodica la capacità e la volontà al self-care.

1- COLLOQUI PRELIMINARI CON I PAZIENTI E FAMIGLIARI PER LA RACCOLTA DATI

- Colloqui ambulatoriali durante la fase del pre-dialisi: (informazioni e verifica delle reazioni del paziente).
- Valutazione del grado di autonomia.
- Nozioni generali sulla d.p.

- Visite domiciliari (controllo dell'idoneità' dell'ambiente).

2- ISTRUIRE IL PAZIENTE E IL FAMIGLIARE

❖ TRAINING:

Il training deve essere adattato e personalizzato al paziente, quindi importante avere delle linee guida ma tutto deve essere modificabile per favorirne l'apprendimento (utile il supporto della valutazione psicologica per l'impostazione del piano assistenziale)

Strumenti per un omogeneità nell'insegnamento:

cartella infermieristica, manuale per dialisi peritoneale, audiovisivi

poster raffigurativi protocolli scritti sulle varie procedure:

- Cambio sacca.
- Medicazione.
- Responsabilità nell'evitare le infezioni (lavaggio mani, cura dell'emergenza cutanea, utilizzo della mascherina).
- gestione delle complicanze.

Fasi del training:

- 1) Addestramento pratico.
- 2) Addestramento teorico.
- 3) Accompagnamento al domicilio

ADDESTRAMENTO PRATICO

Alla fine di questa fase il paziente deve essere in grado di effettuare correttamente la dialisi comprendendo il significato di ogni singola manovra (utile la metodica della simulazione dell'evento)

ADDESTRAMENTO TEORICO

- ❖ Gestione delle complicanze (infezione dell'emergenza cutanea, peritonite, fissurazione del set)
- ❖ Istruzioni specifiche su:
 - ✓ Corretto uso dei disinfettanti
 - ✓ Controllo del peso
 - ✓ Assunzione dei farmaci
 - ✓ Alimentazione corretta
 - ✓ Controllo della PA
 - ✓ Corretta conservazione ed uso del materiale in dotazione
 - ✓ Compilazione della scheda di dialisi.
- ❖ Consegna al paziente di tutto il materiale illustrativo utilizzato per l'addestramento

ACCOMPAGNAMENTO AL DOMICILIO

- Verifica della sistemazione del materiale dato in dotazione.
- Controllo del primo scambio a domicilio o della prima dialisi automatizzata.

- Colloquio ulteriore con i familiari.
- Instaurare e mantenere rapporti di fiducia.
- Sostegno al paziente e i familiari (attraverso le visite domiciliari e ambulatoriali, il mantenimento di contatti telefonici, il rifornimento materiale).

3 ESEGUIRE INTERVENTI MIRATI AL MANTENIMENTO DELL'INTEGRITA' PSICHICA E SOCIALE

- Fornire al paziente gli strumenti ed il sostegno per organizzare le proprie attività (organizzare lo scambio sul posto di lavoro, spedizione del materiale nel luogo delle vacanze).

✓ ASSICURARE UN AMBIENTE SICURO E TERAPEUTICO

A domicilio:

1. INDIVIDUARE L'AMBIENTE IDONEO ALLA DIALISI DOMICILIARE

- Visite peritoneali pre-dialisi.

2. MANTENERE UN AMBIENTE TERAPEUTICO

- Visite domiciliari post dialisi.

3. PREVENIRE E CONTROLLARE I RISCHI DELL'ELETTRICITA'

- Revisione e adattamento dell'impianto elettrico per l'uso di apparecchiature (Apparecchio per IPD e scaldasacche).

4. PREDISPORRE INTERVENTI MIRATI ALL'ACCETTAZIONE DELLA DIALISI DA PARTE DEI FAMIGLIARI ED ALLA STIMOLAZIONE DELL'AUTOGESTIONE DELLA MALATTIA DA PARTE DEL PAZIENTE.

5. PREDISPORRE INTERVENTI DI PULIZIA E DISINFEZIONE

- Pulizia ambienti.
- Uso di disinfettanti.

In ospedale:

1. INDIVIDUARE E MANTENERE L'AMBIENTE PIU' IDONEO PER IL TRAINING:

- Tranquillo
- Silenzioso
- Accogliente

2. PREDISPORRE INTERVENTI DI PULIZIA AMBIENTALE

3. PREVENIRE E CONTROLLARE LE INFEZIONI OSPEDALIERE

- HIV HCV peritoniti ed altre infezioni crociate.
- Corretto uso dei disinfettanti e del materiale.

✓ **ASSICURARE L'IGIENE E IL COMFORT**

1. INSEGNARE A MANTENERE L'IGIENE PERSONALE

- Cura delle mani.

- Uso appropriato della doccia.
- Bagni al mare.

2. ASSICURARE IL COMFORT

- Sistemazione del set sull'addome.
- Utilizzo indumenti intimi adatti.
- Evitare cinture e abbigliamento costrittivi.
- Attività fisica.
- Attività sessuale.

7.1.1 Risultati attesi

Le misure adottate avranno garantito il raggiungimento degli obiettivi attesi se il paziente sarà in grado di:

- Asserire di essere stato informato, educato e affiancato in modo completo.
- Eseguire il trattamento in modo sicuro, usando tecniche asettiche
- Dimostrare una compliance accettabile nei confronti del trattamento di D.P., accettare la responsabilità, e risolvere le difficoltà minori e le complicanze che possono accadere a domicilio.
- Riferire che i suoi bisogni e le sue aspettative sono stati identificati, che è stato in grado di ritornare alla sua attività lavorativa precedente.
- Affermare di aver ricevuto trattamenti d'emergenza quando se ne sia

presentata la necessità.

- Gestire autonomamente la sua terapia, adottare i provvedimenti urgenti in caso di complicanze.
- Sentirsi rassicurato dal riferimento strutturale, contattabile in ogni momento.

7.2 TIPI DI DIALISI PERITONEALE ED ESECUZIONE

Nella dialisi peritoneale una quantità definita di soluzione di lavaggio sterile è infusa nella cavità addominale, attraverso un catetere ivi precedentemente collocato (sonda di materiale sintetico), dove rimane per qualche tempo prima di essere rimossa.

A seconda della frequenza con cui si effettua lo scambio di liquido si distingue tra:

- **CAPD** = "dialisi peritoneale ambulatoriale continua".

Il paziente o un partner sempre disponibile effettuano più volte al giorno (generalmente ogni 6 ore) il cambio della soluzione di lavaggio.

- **IPD** = "dialisi peritoneale intermittente".

Con questa procedura la dialisi avviene con dei periodi di interruzione in un centro di dialisi tre volte alla settimana. Per mezzo di un apparecchio di dialisi peritoneale (detto "Cycler") lo scambio di liquido avviene automaticamente per lo più durante la notte

(in 10-12 ore, vengono scambiati da 10 a 30 l di soluzione di dialisi).

- **CCPD** = "dialisi peritoneale continua ciclica".

Questa forma di dialisi peritoneale viene auto-effettuata a domicilio generalmente di notte. Il paziente si collega di sera all'apparecchio per la dialisi peritoneale, e il mattino successivo si stacca, chiudendo il catetere in modo sterile. Egli, pertanto senza la preoccupazione del continuo cambio del sacchetto, può dedicarsi di giorno alle normali occupazioni.

La presenza del catetere costituisce un primo svantaggio del procedimento della dialisi peritoneale.

La visibilità permanente e la sensazione tangibile del catetere rappresentano per molti pazienti in dialisi peritoneale e per il loro partner un grande problema psicologico, come emerge frequentemente dai dialoghi confidenziali con la maggior parte dei pazienti. Questo problema paragonabile a quello che comporta l'esistenza di un anus praeter; l'esistenza del catetere in ogni caso è meno sopportabile della presenza di uno shunt.

E' possibile per il paziente fare il bagno, tuttavia il catetere deve essere prima avvolto con un foglio impermeabile: i telini chirurgici adoperati in tale occasione hanno dato buoni risultati,

La doccia invece possibile senza adottare particolari misure.

Come lo shunt del paziente in emodialisi, anche il catetere si può occludere (ad esempio per aderenza al grande omento), si può spostare, a causa dei movimenti dell'intestino, oppure può determinare un'infezione attraverso il transito mediante il quale penetra nella cavità addominale.

Tutto ci può costringere all'eliminazione chirurgica del catetere.

Esistono diversi tipi di catetere, quello usato più frequentemente il catetere TENCKHOFF.

Nel catetere si trova un tratto di collegamento, al quale viene poi collegato il sacchetto con le soluzioni di dialisi; la connessione oggi tecnicamente molto perfezionata, semplice e sicura.

La dialisi peritoneale rende possibile un soddisfacente controllo dell'uremia, sia dal punto di vista clinico che laboratoristico. Un particolare vantaggio offerto da questa metodica e in particolare dalla CAPD rappresentato dal fatto che essa permette una dialisi delicata: pazienti che con l'emodialisi soffrono di cefalee continue, nausea, vomito ecc. sono curati molto meglio con la CAPD.

Un altro vantaggio della dialisi peritoneale è rappresentato dal fatto che la dieta può essere pianificata più liberamente, soprattutto riguardo all'assunzione di sodio e potassio. Questo tuttavia solo un vantaggio teorico perché in realtà si deve considerare che anche la maggior parte dei pazienti in emodialisi si "concede" una dieta abbastanza libera.

Circa gli effetti dannosi sul metabolismo, da parte della dialisi peritoneale, si deve richiamare l'attenzione sull'alto carico di glucosio cui viene sottoposto l'organismo dei pazienti trattati con questa tecnica. Nei diabetici ci determina la necessità dell'aumento della dose d'insulina e di una rigorosa riorganizzazione delle raccomandazioni dietetiche; anche nei pazienti non diabetici frequentemente si verifica un'iperglicemia.

L'elevato carico di glucosio può talora determinare un aumento di peso dei pazienti e spesso causa di un'ulteriore alterazione del metabolismo lipidico. Inoltre, attraverso il dializzato peritoneale si perdono proteine in quantità variabile da 5 a 20g/die. Infine, poiché la dilatazione della cavità addominale riempita dal dializzato ostacola l'escursione diaframmatica influenzando così negativamente sulla respirazione (respirazione profonda), alcuni pazienti in trattamento con la dialisi peritoneale vanno incontro, con maggiore frequenza, ad infezioni delle vie respiratorie.

7.2.1 Accessori necessari per il cambio del sacchetto

- Sedia girevole con rotelle, ad altezza regolabile.
- Tavolo di lavoro.
- Piano di deposito.
- Sostegni per soluzioni infusive con due ganci.
- Bilance (bilancia a molla per i sacchetti, bilancia pesapersona).

- Dispensatore di sapone.
- Lavandino.
- Secchio per i rifiuti.
- Timer sonoro.
- Diario di dialisi, con tutto l'occorrente per scrivere...

La tecnica del cambio del sacchetto nella CAPD riassunta brevemente qui di seguito; allo stesso modo avviene anche l'allacciamento, al cycler. Si devono seguire le istruzioni per l'uso fornite dal produttore.

7.2.2 Tecnica del cambio del sacchetto

- Chiudere porte e finestre.
- Preparare gli accessori (si confronti sopra; in particolare: contenitore di disinfettanti, disinfettanti spray, tamponi, compresse, sacchetto con scarico di riserva, mascherina, pinze, bilance, secchi per rifiuti ecc.
- Far fuoriuscire il liquido di dialisi e, quando lo scarico terminato, controllare il peso corporeo.
- Detergere con un disinfettante la superficie di lavoro.
- Indossare la mascherina.
- Riscaldare il sacchetto.
- Lavare le mani per 3 minuti con acqua, sapone, spazzola e una sostanza disinfettante; successivamente asciugare le mani con un

asciugamano monouso.

- Prendere il nuovo sacchetto dalla confezione e controllarne l'integrità, la limpidezza, la data di scadenza, la presenza di eventuali difetti e la composizione del contenuto.
- Il sacchetto del ciclo precedente che è stato aperto e scaricato, viene appeso sulla bilancia e viene registrata la quantità di scarico.
- Porre il sacchetto vecchio e quello nuovo sul tavolo da lavoro, l'uno vicino all'altro, in modo che i supporti d'allacciamento sporgano fuori dall'orlo del piano di lavoro.
- Separare il sistema di collegamento dal vecchio sacchetto e, dopo una abbondante disinfezione, collegarlo con il dispositivo di connessione del nuovo sacchetto.
- Appendere il nuovo sacchetto, togliere la mascherina.
- Aprire il cono di frantumazione nel sacchetto di dialisi, aprire le pinze, iniziare a far affluire il dializzato fresco.
- Dopo aver completato l'afflusso del dializzato arrotolare il sacchetto vuoto e conservarlo, cioè sistemarlo nella piccola tasca che generalmente presente, adagiandolo sull'addome del paziente stesso.
- Controllare il dializzato consumato tenendo il sacchetto controluce. Bisogna valutare se il dializzato è chiaro, torbido o velato; lievi velature indicano la presenza di fili di fibrina.

- Se il liquido di dialisi è chiaro il sacchetto usato va svuotato; nel caso vi sia torbidità, il vecchio sacchetto con il dializzato deve essere conservato e portato nel centro di cura, che deve essere immediatamente informato e consultato.
- Compilare il diario di dialisi.

Questo è solo un esempio della tecnica di cambio del sacchetto, la quale può essere diversa da sistema a sistema.

L'accurato apprendimento della tecnica del cambio del sacchetto è di grandissima importanza per il paziente; ogni movimento deve essere calcolato e si deve fare in modo che i pazienti acquisiscano una perfetta padronanza della tecnica.

Una volta che il paziente è diventato esperto della tecnica del cambio del sacchetto, egli viene informato su altre misure necessarie:

- Uso del diario di dialisi: vanno spiegati i rapporti tra introduzione e scarico dei liquidi e la necessità di registrare ogni variazione di questi nonché le modifiche di peso, la diuresi residua ed i controlli della pressione arteriosa.
- Vanno fornite informazioni sul significato della quantità del dializzato e sulla sua concentrazione di glucosio e potassio. La composizione della soluzione della dialisi peritoneale dipende dal quadro clinico del paziente; solitamente in pazienti adulti, trattati con CAPD,

avvengono quotidianamente 4 cambi di sacchetti (cioè uno ogni 6 ore) ognuno da 2 (da 1.5 fino a 2.5) litri. A seconda della necessità o meno dell'eliminazione di potassio, si può usare una soluzione priva di potassio o contenente quest'elemento.

In rapporto alla necessità di assorbimento di liquido vengono usate soluzioni con diverso contenuto di glucosio (sacchetto CAPD per esempio, con contenuto di glucosio da 0.5 fino a 4.25%).

Mediante l'impiego di soluzioni ad alto contenuto di glucosio, possono essere tolti ai pazienti fortemente ipervolemici, da 3 a 6 l di liquido ogni 24 ore. Un uso frequente di queste soluzioni iperosmolari può determinare un aumento della sodiemia, con conseguente aumento della pressione arteriosa.

Durante la fase di training del paziente sarà stabilita la composizione ottimale della soluzione.

Bisogna anche richiamare l'attenzione sull'assunzione di un gran numero di calorie, quando si utilizzano soluzioni con elevate concentrazioni di glucosio.

- E' necessario fornire al paziente dettagliate informazioni sulle possibili complicanze, sull'importanza di controllare la data di scadenza del dializzato e sul comportamento da tenere quando un oggetto sterile cade a terra durante il cambio.

- Vanno fornite informazioni sul comportamento da tenere nel caso di torbidità del dializzato o della comparsa di dolori addominali di ipertensione di nausea ecc.

7.3 COMPLICANZE DELLA DIALISI PERITONEALE

La complicanza più importante della dialisi peritoneale la peritonite. Questa può essere provocata dalla penetrazione di agenti patogeni nello spazio addominale attraverso il catetere, lungo il tunnel del catetere o per via ematogena, oppure dalla diffusione di agenti patogeni provenienti da organi della cavità addominale, per esempio in caso di diverticolite o in caso di infiammazione degli organi genitali femminili. Le peritoniti possono essere provocate anche da miceti; queste ultime infezioni sono rare e si presentano talora dopo un trattamento antibiotico prolungato.

La diagnosi della complicanza peritonitica è semplice:

- Intorbidamento del liquido di dialisi.
- Incremento del numero dei globuli bianchi (leucociti) presenti nel dializzato oltre i 100/(Al..
- Disturbi addominali.
- Si deve distinguere questa "vera" peritonite dall'intorbidamento del liquido di dialisi provocato dalla precipitazione di proteine o dalla eosinofilia del dializzato generalmente secondaria ad una reazione

allergica al catetere, al sacchetto o ai residui di disinfettante. Nelle donne, durante le mestruazioni, si può verificare l'intorbidamento del liquido di dialisi, mentre durante l'ovulazione esso può presentare persino tracce di sangue.

7.3.1 Terapia della peritonite

Il paziente deve prendere subito contatto con il centro di cura, se nota uno scarico torbido nel sacchetto. Successivamente si determina il numero dei leucociti nel dializzato e viene eseguito l'esame colturale dello stesso. In caso di dolori addominali molto forti, può essere necessaria la somministrazione di analgesici maggiori (oppiacei).

La quantità del liquido di lavaggio peritoneale e la frequenza del cambio del dializzato normalmente non devono essere aumentati in caso di peritonite, poiché attraverso un tale trattamento di pulizia vengono eliminate troppo rapidamente dallo spazio addominale le cellule con funzioni difensive. I pazienti quindi devono assolutamente mantenere il ritmo abituale di ricambio del liquido di dialisi.

Per il trattamento della peritonite, si somministrano antibiotici direttamente nel dializzato; la terapia antibiotica deve essere sufficientemente protratta, con dosaggi adeguatamente elevati e a lungo; essa deve essere continuata per 10-14 giorni ed almeno fino a circa una

settimana dopo l'ultimo esame colturale positivo per la presenza di batteri. Per quanto riguarda gli antibiotici da usare e le eventuali associazioni tra loro ogni centro ha le proprie esperienze; generalmente viene somministrata in cavità peritoneale un'associazione di cefazolina e gentamicina oppure di una cefalosporina con l'oxacillina.

7.3.2 Prevenzione della peritonite

Condizioni di sterilità:

- Osservare rigorosamente le norme igieniche durante il cambio del sacchetto o nell'allacciamento e nel distacco del cycler!
- Se durante il cambio vi è la possibilità di un inquinamento batterico, ogni altro ulteriore procedimento deve essere interrotto fino a quando non saranno ristabilite di nuovo le condizioni "sterili" di base.
- I cambi devono avvenire in un ambiente in cui siano assicurate adeguate condizioni igieniche: porte e finestre devono essere chiuse e inoltre necessario che siano garantite condizioni di luce sufficienti!

7.3.3 Dieta nella dialisi peritoneale

Come stato detto, il paziente perde attraverso la dialisi quantità rilevanti di proteine. L'assunzione di proteine raccomandata in corso di dialisi peritoneale di 1.5 g per kg di peso corporeo ed una sufficiente

assunzione proteica assolutamente necessaria.

Anche se la restrizione dietetica del potassio nei pazienti in trattamento con CAPD deve essere meno severa, poiché ne assicurata una eliminazione continua il soggetto dializzato deve conoscere gli alimenti con alto contenuto di potassio come frutta secca, noci, frutta fresca ecc.; inoltre, il paziente deve essere informato dei sintomi della iperpotassiemia e della ipopotassiemia.

Riguardo all'assunzione di sodio e di liquidi, i controlli regolari della pressione arteriosa forniscono importanti indicazioni al riguardo. Nel caso di un aumento del peso o della pressione arteriosa deve essere consultato il centro di cura. Come per l'emodialisi domiciliare, anche per la CAPD, la conoscenza dei problemi, il senso di responsabilità e la motivazione alla collaborazione sono ottimi principi per un trattamento ottimale.

7.4 TABELLE RIASSUNTIVE DEI VANTAGGI E DEGLI SVANTAGGI DELLA CAPD E DELLE INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI (tabella n.5)

Vantaggi e degli svantaggi della CAPD rispetto all'emodialisi:

<p>Vantaggi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento dello stato generale e della riabilitazione del paziente. • Maggiore mobilità del paziente. • Sufficiente controllo dell'uremia. • Influenza favorevole sull'ipertensione arteriosa e sull'anemia. • Maggiori benefici specialmente in caso di bambini, pazienti anziani, cardiopatici e diabetici. • Probabili vantaggi economici. 	<p>Svantaggi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pericolo di peritonite. • Confronto ininterrotto con la malattia. • Problemi meccanici con cateteri e collettori. • Problemi psichici legati alla presenza del catetere. • Continuo carico di glucosio con pericolo di sovrappeso e di grave disfunzione del metabolismo lipidico. • Perdita della capacità di ultrafiltrazione del peritoneo, in particolare dopo ripetute peritoniti.
--	--

Indicazioni e controindicazioni della CAPD come terapia sostitutiva della funzione renale nella insufficienza renale terminale

<p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desiderio del paziente di una dialisi domiciliare senza assistenza. • Assenza di accessi vascolari per l'emodialisi. • Ipertensione arteriosa non controllabile farmacologicamente. • Iperpotassiemia e/o ipervolemia gravi recidivanti. • Insufficienza cardiaca resistente alla terapia. • Insufficienza renale terminale nei diabetici. • Insufficienza renale terminale nei bambini. 	<p>Controindicazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alterazioni del peritoneo, quali aderenze dopo interventi chirurgici, infiammazioni, tumori. • Reni cistici. • Malattie polmonari. • Cirrosi epatica con ascite. • Gravi alterazioni della colonna vertebrale. • Ernie addominali. • Scarsa collaborazione da parte del paziente, • condizioni igieniche insufficienti, scarsa comprensione del paziente per l'intera problematica....
---	---