

Wpływ edukacji na wyniki leczenia hiperfosfatemii u pacjentów hemodializowanych

Anetta Cekała¹, Wiesława Wójcik¹

¹,Diaverum Polska, ul.Cylichowska 13/15 Warszawa

e-mail anetta.cekala@diaverum.com, wieslawa.wojcik@diaverum.com

Wprowadzenie

Niewłaściwe odżywianie wśród pacjentów z PChN stanowi w dalszym ciągu istotny problem, który skutkuje pogorszeniem stanu klinicznego, niższą jakością życia, większą liczbą hospitalizacji i większą śmiertelnością. Prawidłowa kontrola metabolizmu wapnia i fosforanów, płynów, białek i potasu zależy bezpośrednio od pacjenta, czyli od przestrzegania zarówno zalecanej diety, jak i prawidłowego przyjmowania leków wiążących fosfor w przewodzie pokarmowym. Nadal wielu pacjentów nieregularnie przestrzega zaleceń dietetycznych i farmakologicznych. Kluczem do sukcesu w rozwiązaniu tego problemu jest uświadomienie pacjentowi swojej roli w procesie leczenia poprzez odpowiednią, stałą edukację zdrowotną.

Cel

Poprawa świadomości zdrowotnej pacjentów w zakresie wpływu odżywiania na wyniki jakości leczenia hemodializą.

Metody i wyniki

W 2022 roku, w ciągu 6 miesięcy w 23 polskich stacjach dializ, realizowany był wielopoziomowy program edukacyjny z zakresu wsparcia dietetycznego dla pacjentów dializowanych. W programie wzięło udział ponad 1961 pacjentów. Działania edukacyjne prowadzono w 4 obszarach: spożycie płynów, spożycie białka i energii, fosforany i potas. W kolejnym roku program został rozbudowany o dodatkowy moduł – zapobieganie hiperfosfatemii.

Podnosząc poziom wiedzy, pacjenci zmienili swoje nawyki żywieniowe, zaangażowali się w proces leczenia i przestrzeganie zaleceń, co poprawiło ich wyniki medyczne. Największą poprawę zaobserwowano w zakresie kontroli stężenia fosforanów, przy czym dla utrzymania założonego celu wymagane było przeprowadzenie edukacji z zastosowaniem treści II poziomu skoncentrowanego na prewencji hiperfosfatemii, co w 2023 roku miało 641 pacjentów.

Wnioski

Obserwacja wyników realizacji programu wskazuje na potrzebę jego edukacji w wielopoziomowych sekwencjach. System ten pozwala na zindywidualizowanie procesu edukacji z najbardziej optymalnym dostosowaniem do możliwości, potrzeb i stanu klinicznego pacjenta.

Sposób nauczania oraz właściwy dobór materiałów, a także częstotliwości ich powtarzania mają kluczowy wpływ na sukces programu edukacyjnego. Pacjent aktywnie uczestniczący w procesie leczenia ma wpływ na jakość i wyniki leczenia. Zaobserwowano także różnice w wynikach pomiędzy kategoriami płci i wieku, co było cenną obserwacją dla realizacji programu edukacji dietetycznej drugiego stopnia.

Zdarzenia związane z ostrymi narzędziami w stacjach dializ

Elżbieta Cepuchowicz¹, Małgorzata Liber¹, Paweł Śniezko¹

¹Fresenius NephroCare, 31-826 Kraków, os. Złotej Jesieni 1
e-mail: elzbieta.cepuchowicz@freseniusmedicalcare.com

Wprowadzenie

Szacuje się, że w Polsce co roku dochodzi do około 37 tys. zranień związanych z używaniem sprzętu medycznego przez pracowników ochrony zdrowia. Problem jest poważny, ponieważ personel medyczny narażony jest na kontakt z materiałem biologicznym, który może stwarzać ryzyko zakażenia. Światowa Organizacja Zdrowia, szacuje, że 37 proc. zakażeń WZW typu B, 39 proc. WZW typu C oraz 4,4 proc. HIV rozpoznawanych wśród personelu medycznego jest spowodowanych zakłuciami sprzętem. Na ekspozycję najbardziej narażony jest personel pielęgniarski podczas codziennego kontaktu z ostrymi narzędziami i wyrobami medycznymi. Istnieje obowiązek zgłaszania zranień. Autorzy raportu dowodzą, że około 40 proc. personelu pielęgniarskiego tego nie robi, a blisko 70 proc. podczas swojej pracy zraniło się do 5 razy.

Cel

Określenie liczny, częstości i rodzaju urazów:

- Ile zdarzeń z użyciem ostrych narzędzi miało miejsce w SHD?
- Kto jest najczęściej narażony na zranienia ostrymi narzędziami?
- W jakich okolicznościach dochodzi do narażają personelu?

Metoda

Liczba zdarzeń raportowanych przez 26 z 72 stacje dializ w latach 2019-2023 utrzymuje się na poziomie zbliżonym do wyników z 2016 roku (0,33 zdarzenia na 10.000 dializ), materiał prezentowany podczas EDTNA 2017. W 2016 do zbierania ostrych odpadów wprowadzono wózki wyposażone w 5 litrowe pojemniki. Każda pielęgniarka pracująca w sali dializ ma dedykowany wózek³. Gromadzone dane obejmują ilości zdarzeń, stanowisko pracownika, rodzaj ostrego narzędzia lub inna forma narażenia pracownika na materiał biologiczny, okoliczności, w których doszło do urazu oraz wskazane przyczyny zdarzenia.

Wynik

Liczba zdarzeń w badanym okresie wynosi od 0,14 do 0,28 w przeliczeniu na 10.000 dializ. Najczęstszymi zdarzeniami są skaleczenia (igła iniekcyjna - 43%, igła dializacyjna - 38%, skalpel - 4%, prowadnica - 2%, pen - 2% ampułkostrzykawka - 2%) oraz narażenie pracownika na materiał biologiczny - zachłapania krwią - 9%). Czynności medyczne, podczas których najczęściej dochodzi do zdarzeń to: usuwanie kaniuli z przetoki 32%, założenie kaniuli 10%.

Za przyczynę zdarzenia, raportujący podają:

nieostrożność pracownika	– 42,4 %
niespodziewany ruch pacjenta	– 31,6 %
zaskoczenie niespodziewanym zdarzeniem	– 19,5 %
nieprawidłowa segregacja śmieci	– 6,5 %

Podsumowanie

- Potwierdzono narażenie zawodowe pracowników stacji dializ, zwłaszcza pielęgniarek, w 86,96% wszystkich zdarzeń.
- Zastosowanie wózków z 5 l pojemnikami (zamiast 2 l - wolnostojących) spowodowało trwałe obniżenie liczby zdarzeń związanych z ostrymi narzędziami w SHD Fresenius.
- Procedurę, podczas której często dochodzi do zakłucia igłą dializacyjną jest usunięcie kaniuli po dializie.

Sprawność funkcjonalna pacjentów hemodializowanych

Dorota Flasińska¹, Małgorzata Liber¹

¹Fresenius NephroCare, 31-826 Kraków, os. Złotej Jesieni 1
e-mail: dorota.flasinska@freseniusmedicalcare.com

Wprowadzenie

Stopień sprawności pacjentów jest jednym z ważnych kryteriów oceny poziomu zapotrzebowania na opiekę i może służyć do określenia ilości personelu oraz struktury zatrudnienia w placówce medycznej lub opiekuńczej. Jednym z prostych narzędzi używanych do oceny sprawności funkcjonalnej jest międzynarodowa Skala Barthel. W dobrej praktyce stacji dializ sieci FMC używana jest zmodyfikowana Skala Barthel, która lepiej odzwierciedla zapotrzebowanie na opiekę pacjentów w stacji dializ.

Cel

1. Przedstawienie zmian w sprawności samoobsługowej pacjentów hemodializowanych w okresie od 2013 r. do I kwartału 2024 r.
2. Porównanie sprawności funkcjonalnej dializowanych pacjentów w różnych stacjach.

Metoda

Do oceny pacjentów hemodializowanych używana jest zmodyfikowana S.Barthel. Pacjenci przewlekle dializowani są oceniani regularnie 1raz na kwartał oraz przy zmianie stopnia sprawności. W zależności od uzyskanej liczby punktów są kwalifikowani do jednej z trzech kategorii.

- **Kategoria I** – wynik 0-20 punktów: pacjenci całkowicie niesprawni wymagający znacznej pomocy personelu
- **Kategorię II** – wynik 21-85 punktów: pacjenci wymagający umiarkowanej pomocy personelu
- **Kategoria III** – wynik 86-100 punktów: pacjenci w pełni niezależni, wymagający niewielkiej pomocy personelu

Wyniki

Stacje dializ FNC w Polsce dializują jednocześnie około 6000 pacjentów, od 2013 roku monitorują sprawność pacjentów hemodializowanych przy pomocy zmodyfikowanej skali Barthel.

Dane rejestrowane od 2020 roku do I kwartału 2024 roku obejmują 103 438 ocen wykonanych u pacjentów przewlekle dializowanych. Analiza wyników z okresu 2020-2024 wskazuje, że:

- **średnio 7,2% pacjentów wymagało znacznej pomocy personelu pielęgniarskiego.** Odsetek pacjentów zaliczanych do kategorii I w badanych stacjach dializ wyniósł 3,2% w roku 2013 i wzrósł do 8,4 % w roku 2024,
- **średnio 25,7% ocenianych pacjentów wymagało umiarkowanej pomocy personelu pielęgniarskiego.** Odsetek pacjentów zaliczanych do kategorii II w badanych stacjach dializ wyniósł 18,8% w roku 2013 i wzrósł do 27,4% w roku 2024,
- **średnio 67,1% wszystkich pacjentów** było niezależnych lub wymagało tylko niewielkiej pomocy personelu pielęgniarskiego,
- **stan sprawności pacjentów zmienia się w czasie i jest różny w poszczególnych stacjach dializ.**

Wnioski

W ostatnich 10 latach znacznie wzrósł odsetek pacjentów wymagających pomocy personelu stacji dializ. (I kategoria z 3,3 % do 8,4%, kategoria II -18,8%-do 27,4%).

- Odsetek pacjentów wymagających pełnej pomocy personelu dynamicznie się zmienia i wymaga regularnego monitorowania.
- Zapotrzebowanie pacjentów dializowanych na opiekę różni się między placówkami, dlatego wymagane jest indywidualne podejście do planowania ilości personelu i struktury zatrudnienia w stacjach dializ.

Ocena wiedzy pacjentów hemodializowanych na temat prawidłowej techniki pomiaru ciśnienia tętniczego

Jędrzej Janc¹, Kamila Górak¹, Szymon Gnitecki¹, Ewa Pawłowicz-Szlarska², Michał Nowicki²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Nefrologii, Hipertensjologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

² Klinika Nefrologii, Hipertensjologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

e-mail: jjanc@outlook.com

Wprowadzenie

Nadciśnienie tętnicze występuje u 50-90% chorych przewlekle hemodializowanych. Pomiar ciśnienia tętniczego (BP) dokonywany nie tylko w ośrodku dializ, ale też w domu przez samego pacjenta pozostaje ważnym elementem kontroli i leczenia nadciśnienia w tej grupie chorych. Opieranie decyzji klinicznych personelu medycznego na wynikach domowych pomiarów BP wymaga edukacji pacjentów w zakresie prowadzenia pomiarów i interpretacji uzyskanych wartości.

Cel

Celem pracy była ocena wiedzy pacjentów hemodializowanych na temat poprawnej techniki samokontroli BP.

Metody i wyniki

Do badania zakwalifikowano 30 pacjentów hemodializowanych. Wiedzę na temat techniki mierzenia BP sprawdzano przy pomocy 12 fotografii przedstawiających poprawne i niepoprawne sposoby pomiaru ciśnienia tętniczego – za zdjęciach zaprezentowano m.in. spożywanie posiłków, picie napojów oraz brak prawidłowego oparcia dla pleców podczas pomiaru BP. Pacjenci mieli za zadanie zidentyfikować i uzasadnić czy prezentowana fotografia przedstawia prawidłowy czy nieprawidłowy sposób pomiaru. Jedynie 7% pacjentów poprawnie oceniło wszystkie 12 fotografii, natomiast 57% popełniło co najmniej 3 błędy. Najczęściej nierozpoznanymi błędami była niepoprawna pozycja ramienia, pomiar dokonywany przez rękaw odzieży oraz pomiar ciśnienia tętniczego ze skrzyżowanymi nogami. Najłatwiejszym do zidentyfikowania błędem była rozmowa przez telefon podczas wykonywania pomiaru, który poprawnie rozpoznawało 93% pacjentów. Po teście wiedzy przeprowadzono 10-minutowe szkolenie, podczas którego omówiono prawidłową technikę pomiaru BP zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, uczestnikom badania przekazano ulotki informacyjne z podsumowaniem szkolenia. Kolejnym etapem badania będzie ocena długofalowych skutków szkolenia na wiedzę pacjentów.

Wnioski

Wiedza pacjentów dializowanych na temat poprawnej techniki wykonywania pomiaru ciśnienia tętniczego jest niewystarczająca i wymaga prowadzenia edukacji chorych w tym zakresie.

Zastosowanie MRI z dyfuzją jako nowej metody diagnostycznej przecieku otrzewnowo-opłucnowego u pacjentki dializowanej otrzewnowo – opis przypadku

Katarzyna Kakareko¹, Aleksandra Nasiadka¹, Alicja Rydzewska-Rosolowska¹, Irena Głowińska¹, Radosław Zawadzki², Tomasz Hryszko¹

¹ II Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

e- mail: katarzyna.kakareko@umb.edu.pl

Wprowadzenie

Przeciek otrzewnowo-opłucnowy jest rzadką, ale poważną komplikacją dializy otrzewnowej (DO), często prowadzącą do zaprzestania tej metody leczenia. Zazwyczaj objawia się jako bezobjawowy, prawostronny płyn w jamie opłucnowej w ciągu pierwszego roku od rozpoczęcia dializoterapii. Diagnoza opiera się na wykluczeniu innych przyczyn, takich jak m.in. przewodnienie. Standardowe metody diagnostyczne obejmują analizę biochemiczną płynu opłucnowego oraz badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa (CT) z peritoneografią, scyntygrafia otrzewnowa z technetem-99m i ultrasonografia z kontrastem.

Cel

Celem pracy jest przedstawienie zastosowania rezonansu magnetycznego bez użycia kontrastu (z obrazowaniem dyfuzyjnym) jako metody diagnostycznej etiologii płynu opłucnej.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 55 ze schyłkową niewydolnością nerek w przebiegu ANCA-dodatniego zapalenia naczyń, dializowana otrzewnowo od trzech miesięcy, została przyjęta do Kliniki z powodu duszności i prawostronnego płynu w opłucnej. Wykonany rezonans magnetyczny (MRI) potwierdził obecność płynu w jamie opłucnowej i jamie brzusznej. Obrazowanie dyfuzyjne, które jest opcją rezonansu bez kontrastu, wykorzystującą w diagnostyce ruch cząsteczek wody w tkankach wykazało średnie wartości współczynnika dyfuzji (ADC) dla płynu opłucnowego niższe niż dla płynu w jamie brzusznej, co wskazywało na różny skład fizykochemiczny płynów w obu przestrzeniach. Fakt, że były to inne płyny wykluczał istnienie przecieku otrzewnowo-opłucnowego. Rozpoznano płyn w opłucnej w przebiegu przewodnienia. Wykonana torakocenteza potwierdziła diagnozę - stosunek glukozy w płynie opłucnowym do glukozy w surowicy był poniżej 1. W terapii zintensyfikowano dializoterapię pacjentki uzyskując ustąpienie objawów oraz płynu w opłucnej.

Wnioski

Nasze badanie pokazuje potencjał MRI z dyfuzją jako nieinwazyjnego i skutecznego narzędzia diagnostycznego do różnicowania etiologii płynu w opłucnej u pacjentów DO. MRI z dyfuzją pozwala uniknąć ryzyka związanego z użyciem środków kontrastowych i inwazyjnych procedur, takich jak torakocenteza.

Analiza bezpieczeństwa procedury zakładania tunelizowanych cewników do hemodializy bez użycia fluoroskopii

Katarzyna Kakareko¹, Kinga Kwiatkowska¹, Alicja Rydzewska-Rosołowska¹, Irena Głowińska¹, Tomasz Hryszko¹

¹ II Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
e-mail: katarzyna.kakareko@umb.edu.pl

Wprowadzenie

Wytworzenie prawidłowego dostępu do hemodializoterapii jest kluczowym elementem terapii nerkozastępczej. Często wykorzystuje się w tym celu tunelizowany cewnik do hemodializy, zwłaszcza w sytuacjach pilnych. Wytyczne zalecają, aby procedura wytwarzania dostępu była przeprowadzana z użyciem badań obrazowych w celu weryfikacji położenia końcówki cewnika, która powinna znajdować się w prawym przedsionku. Fluoroscopia, preferowana w Stanach Zjednoczonych, jest jedną z metod weryfikacji, ale ma wady, takie jak narażenie na promieniowanie i wysokie koszty związane z potrzebnym sprzętem i infrastrukturą. W Polsce, z powodu mniejszej dostępności fluoroskopii, często stosuje się ultrasonografię oraz odniesienia do punktów anatomicznych. Osoby wykonujące tę procedurę mają duże doświadczenie w jej przeprowadzaniu bez użycia fluoroskopii. Ze względu na brak jednoznacznych danych dotyczących bezpieczeństwa zakładania cewnika tunelizowanego z użyciem fluoroskopii w porównaniu do ultrasonografii, zaplanowano retrospektywną analizę doświadczeń własnych w celu oceny częstości powikłań przy wytwarzaniu dostępu naczyniowego z zastosowaniem ultrasonografii i punktów anatomicznych.

Cel

Celem badania była retrospektywna ocena częstości powikłań występujących podczas zakładania tunelizowanych cewników do hemodializy bez użycia fluoroskopii.

Metody i wyniki

Wykonano retrospektywną analizę pacjentów, którzy w latach 2018-2023 mieli założony tunelizowany cewnik do dializ w tutejszej Klinice. Do analizy włączono 384 pacjentów. Średni wiek wynosił 64 lata, 58% badanych stanowili mężczyźni. Cewniki były zakładane do: prawej żyły szyjnej wewnętrznej (81,9%), lewej żyły szyjnej wewnętrznej (8,7%), żyły udowej (8,7%) oraz żyły podobojczykowej (0,7%). Przedłużone krwawienie obserwowano w 3% przypadków. Podczas żadnego z zabiegów nie wystąpiło nakłucie tętnicze, zator powietrzny ani inne ciężkie powikłania. W 92% przypadków cewnik nie wymagał korekcji położenia. W pozostałych 8% przeprowadzano korektę położenia końcówki cewnika.

Wnioski

Zakładanie cewnika tunelizowanego do hemodializy z wykorzystaniem ultrasonografii oraz punktów anatomicznych jest procedurą bezpieczną. Metoda ta zapewnia także prawidłowe położenie końcówki cewnika.

Zawał płuca jako powikłanie cewnika perm-cath u pacjentki przewlekle hemodializowanej

Agnieszka Kluz

Opiekun pracy: dr n. med. Olga Rostkowska

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych. Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie

e-mail: agnieszka.kluz@op.pl

Wprowadzenie

50-letnia Pacjentka ze szpiczakiem plazmocytowym i wtórną do niego schyłkową niewydolnością nerek (ESRD), hemodializowana przy użyciu cewnika permanentnego od stycznia 2013 roku. W 2013 r. Pacjentka poddana została chemioterapii (cyklofosfamid, melfalan, deksametazon, talidomid) w różnych schematach, uzyskując częściową remisję w 2014 oku.

Cel

Ocena przypadku powikłania związanego z cewnikiem perm-cath, jakim jest zawał płuca u pacjentki przewlekle hemodializowanej.

Opis przypadku

Pierwszy perm-cath założony był przez żyłę szyjną prawą do żyły głównej górnej. W wywiadzie liczne epizody wykrzepiania cewnika i następczych zabiegów z zastosowaniem alteplazy, a także dwukrotne epizody zakażenia cewnika (2013, 2016). W listopadzie 2016 roku Pacjentka została przyjęta do szpitala z powodu podejrzenia zapalenia płuc i zakażenia odcewnikowego. Pacjentka skarżyła się na bóle klatki piersiowej po stronie prawej nasilające się przy oddychaniu oraz przy ruchach ciała. W tomografii komputerowej klatki piersiowej stwierdzono cechy ostrej zatorowości płucnej oraz cechy zawału płuca prawego (segment 9 i 10). W wykonanym badaniu ECHO przezprzełykowym stwierdzono balotującą skrzeplinę związaną z końcówką cewnika. Wdrożono antybiotykoterapię oraz enoksaparynę w dawce terapeutycznej. Cewnik permanentny usunięto, a następnie założono cewnik tymczasowy do hemodializ. W marcu 2017 r. wytworzono przetokę tętniczo-żylną na lewym przedramieniu oraz założono kolejny perm-cath przez żyłę szyjną wewnętrzną prawą. W listopadzie 2017 r. uszkodzenie przetoki spowodowane wykrzepieniem wtórnym do urazu. W 2019 r. nawrót szpiczaka plazmocytowego. Z powodu uwidoczonych w tomografii komputerowej nowych ognisk osteolitycznych w kości krzyżowej rozpoczęto radioterapię. Obecnie Pacjentka w remisji w stanie ogólnym dobrym, hemodializowana. Ponadto w wywiadzie cechy neuropatii autonomicznej wtórnej do chemioterapii, nadciśnienie tętnicze, epizody ciężkiej niedokrwistości najpewniej w przebiegu ESRD.

Wnioski

Zawał płuca może być poważnym powikłaniem związanym z cewnikiem perm-cath u pacjentów przewlekle hemodializowanych. W przypadku tej pacjentki, wielokrotne epizody wykrzepiania i zakażenia cewnika oraz zatorowość płucna wymagały interwencji, takich jak usunięcie cewnika i założenie przetoki tętniczo-żylniej. Pomimo licznych komplikacji, pacjentka jest obecnie w remisji i w dobrym stanie ogólnym.

Opiekun medyczny jako wsparcie dla pielęgniarek dializacyjnych

Małgorzata Liber¹, Elżbieta Cepuchowicz¹, Dorota Flasińska¹

¹Fresenius NephroCare, 31-826, Kraków, os. Złotej Jesieni 1
e-mail: malgorzata.liber@freseniusmedicalcare.com

Wprowadzenie

Drastyczny niedobór pielęgniarek powoduje, że niektóre placówki medyczne w Polsce mają trudność w realizacji usług medycznych w zakresie dializoterapii.

Jednym ze sposobów złagodzenia niedoboru pielęgniarek w SHD może być włączenie do zespołów dializacyjnych opiekunów medycznych, którzy mogą przejąć czynności pomocnicze oraz udzielać wsparcia pielęgniarkom dializacyjnym. Wysokie kompetencje i kwalifikacje pielęgniarek mogłyby być w pełni wykorzystane do bezpośredniej opieki nad pacjentami dializowanymi. Wsparcie opiekuna daje również szansę na zwiększenie liczby pacjentów dializowanych na 1 pielęgniarko-zmianę.

Cel

i przydzielenie wykwalifikowanemu opiekunowi czynności wspierających pielęgniarki dializacyjne.

Metody

Wykorzystanie zapisu *ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych* do opracowania standardowej listy zadań, które mogą być przydzielane opiekunowi po odbyciu szkolenia stanowiskowego w SHD. Proponowany model opieki - 2 pielęgniarki oraz 1 opiekun na 12 stanowisk, opiekun powinien posiadać kwalifikacje zawodowe Med.14.

Wyniki

Podstawą ustalenia zakresu obowiązków opiekuna w SHD jest **oficjalny Katalog czynności opiekuna medycznego*** oraz opracowana przez **FNC Lista zadań pomocniczych i wspierających** specyficznych dla opieki nad pacjentem hemodializowanym. Zadania specyficzne dla SHD wymagają szkolenia stanowiskowego.

Wnioski

- Delegowanie Opiekunowi czynności pomocniczych i zadań wspierających pielęgniarkę oraz wybranych zadań administracyjnych, logistycznych, magazynowych **realnie zmniejsza obciążenie pielęgniarek.**
- Przydzielenie opiekunom czynności pomocniczych w opiece nad pacjentem dializowanym **wymaga odpowiedniego szkolenia stanowiskowego w placówce zatrudniającej.**
- Włączenie opiekunów do Zespołów dializacyjnych **zwiększa szansę na świadczenie odpowiedniej opieki większej liczbie pacjentów dializowanych.**

EDUKACJA PACJENTA

jak przygotować pacjenta do życia z dializą otrzewnową

Beata Misior¹, Katarzyna Kalista¹

¹Fresenius Medical Care Polska S.A
e-mail: beata.misior@freseniusmedicalcare.com

Wprowadzenie:

Dializa otrzewnowa jest jedną z metod leczenia nerkozastępczego, wymaga samodzielności i zaangażowania pacjenta w prowadzeniu zabiegów w warunkach domowych. Edukacja pacjentów dializowanych otrzewnowo jest niezbędnym warunkiem, aby pacjent mógł w bezpieczny sposób wykonywać w domu zabiegi dializy i sprawować samoopiekę. Program edukacyjny realizowany przez ośrodki dializ rozpoczyna się na etapie przeddializacyjnym, następnie po wszczępieniu cewnika do dializy otrzewnowej jest ukierunkowany na przekazywanie wiedzy i umiejętności dotyczących dializy otrzewnowej i trwa nieustannie pod postacią reedukacji okresowej.

Cel:

Celem edukacji jest przekazanie pacjentowi wiadomości teoretycznych oraz praktycznych na temat dializy otrzewnowej, aby pacjenci mogli wykorzystywać ją w codziennym prowadzeniu zabiegów i realizowaniu samoopieki.

Metody:

Każde szkolenie jest indywidualnie dopasowane do możliwości pacjenta: technika szkolenia, czas, intensywność.

Metody jakie wykorzystujemy podczas szkolenia to: pogadanki, prezentacje, filmy instruktażowe, ćwiczenia techniczne zabiegów CADO i ADO.

Na koniec szkolenia przeprowadzany jest egzamin pacjenta z wiedzy teoretycznej i praktycznej, który daje nam pewność, iż pacjent jest w pełni przygotowany do samodzielnego prowadzenia zabiegów CADO lub ADO w warunkach domowych.

Wnioski:

Dla każdego pacjenta rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego wiąże się z dużym stresem i wieloma wątpliwościami. Poczawszy od wyboru metody leczenia skończywszy na przeorganizowaniu własnego życia.

Edukacja pacjentów dializowanych otrzewnowo to proces wymagający dużego zaangażowania ze strony personelu medycznego i pacjentów.

Długość edukacji oraz zastosowane techniki muszą być indywidualnie dopasowane do pacjenta.

Wiedza teoretyczna i praktyczna pozwolą pacjentowi zrozumieć istotę choroby z którą się zmagają, dogłębnie poznać metodę leczenia nerkozastępczego jaką jest dializa otrzewnowa, a także umożliwią zaakceptowanie życia z chorobą przewlekłą. Im lepiej jest wyszkolony pacjent, tym lepsze są wyniki leczenia i współpracy z ośrodkiem dializ.

Przejęcie ostrego uszkodzenia nerek do schyłkowej niewydolności nerek w przebiegu gronkowcowego kłębuszkowego zapalenia nerek.

Opis przypadku

Bartosz Olkowski, Olga Maria Rostkowska, Agnieszka Furmańczyk- Zawiska, Renata Wieczorek-Godlewska, Przemysław Nitek, Magdalena Durlik

Klinika Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, ul. W. Lindleya 4, 02-005 Warszawa

mail: bartosz.olkowski@icloud.com oraz rostkowska.o@gmail.com

Wprowadzenie

W ciągu ostatnich dekad, na zachodzie Europy, zaobserwowano spadek liczby pacjentów chorujących na kłębuszkowe zapalenie nerek wywołane przez paciorkowce (APSGN). Natomiast zapadalność na kłębuszkowe zapalenie nerek wywołane przez gronkowce (SAGN) rośnie.

Cel

Prezentacja przypadku 58-letniego pacjenta, nieleczącego się przewlekle, z podejrzeniem róży lewego podudzia i stopy, oraz uogólnionymi cechami posocznicy, w celu omówienia diagnozy i leczenia SAGN.

Metody i wyniki

Pacjent został przyjęty z podejrzeniem róży i uogólnionymi cechami posocznicy. Wdrożono antybiotykoterapię (cefotaksym, ciprofloksacyna, klindamycyna, metronidazol) oraz przeprowadzono chirurgiczne opracowanie rany, nie uzyskując poprawy klinicznej. Podczas hospitalizacji zaobserwowano narastające cechy przewodnienia (duszość spoczynkowa, płyn w jamach opłucnowych, obrzęki kończyn dolnych) oraz narastającą niewydolność nerek (kreatynina max. do 2,33 mg/dl). Wprowadzono intensywne leczenie diuretyczne (torasemid, furosemid, spironolakton) i kontynuowano antybiotykoterapię zgodnie z posiewami z owrzodzonego grzbietu stopy (hodowano *Staphylococcus aureus* MSSA i *Enterococcus faecalis*), uzyskując poprawę kliniczną w zakresie duszności i obrzęków, ale bez poprawy funkcji nerek.

W kolejnym etapie diagnostycznym wykonano biopsję nerki. Badanie histopatologiczne wykazało zapalenie kłębuszków nerkowych z kompleksami immunologicznymi IgA, ostre uszkodzenie nabłonka cewkowego oraz cechy glomerulopatii cukrzycowej. Wprowadzono leczenie glikokortykosteroidami w pulsach, ale po pierwszej dawce metyloprednizolonu (500mg i.v.) na podeszwie stopy lewej pacjenta pojawiły się pęcherze. Zaprzesano podawania sterydów. W kolejnych dniach obserwowano progresję niewydolności nerek i pogorszenie stanu klinicznego, co doprowadziło do podjęcia decyzji o leczeniu hemodializami. Pacjent jest przewlekle dializowany.

Wnioski

Prezentowany przypadek 58-letniego pacjenta z SAGN pokazuje, że mimo intensywnego leczenia antybiotykami i diuretykami, nie zawsze udaje się zahamować progresję niewydolności nerek w przebiegu infekcji gronkowcowej. Diagnoza i leczenie SAGN mogą być powikłane innymi infekcjami i czynnikami, co niekiedy wymaga wdrożenia leczenia nerkozastępczego.