

Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ “ Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ”



ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ

ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑΣ

ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΔΙΥΛΙΣΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

“Ο ρόλος του Νοσηλεύτη/ τριας στη φροντίδα της αρτηριοφλεβικής προσπέλασης”

Διοικητής Γ. Ν. Πατρών : Θεοδωρόπουλος Ηλίας
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου : Μαργαρίτης Βασίλειος
Διευθύντρια Νεφρολογικού Τμήματος – Ειδικής Μονάδας : Τέγου Ζωή
Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας : Αβραμοπούλου Χαρίκλεια
Προϊσταμένη Παθολογικού Τομέα : Σκουζή Παρασκευή
Προϊσταμένη Νεφρολογικού Τμήματος – Ειδικής Μονάδας : Σολδάτου Μαρία

Συντάκτες Πρωτοκόλλου: Σολδάτου Μαρία, Προϊσταμένη Νεφρολογικού Τμήματος-

Ειδικής Μονάδας

Κριλή Αλεξάνδρα, Νοσηλεύτρια ΤΕ

Κατσιφάρα Λεμονιά, Νοσηλεύτρια ΤΕ

Μαστροκάλου Χρυσάνθη, Νοσηλεύτρια ΤΕ

Ομάδα υποστήριξης: Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας & Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Αρ. Πρωτοκόλλου : 05	Μάρτιος 2024
Απόφαση Δ.Σ.: Συνεδρίαση 22 ^η της 13/03/2024	Θέμα : 61 ^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ

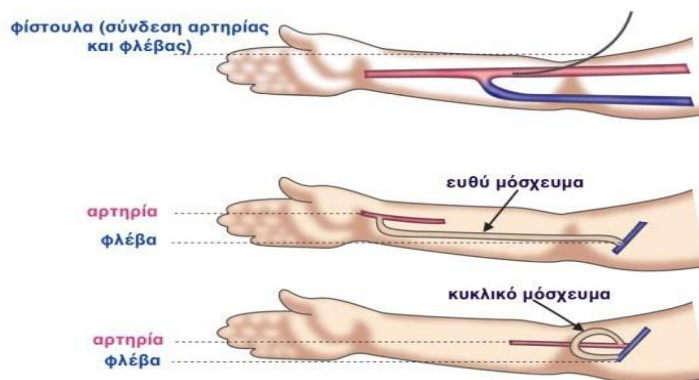
Εισαγωγή

Η αγγειακή προσπέλαση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη θεραπεία των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Οι αγγειακές προσπελάσεις πρέπει να παρέχουν επαρκή ροή αίματος, να έχουν μεγάλη διάρκεια ζωής και μικρή πιθανότητα επιπλοκών. Μία λειτουργική αγγειακή προσπέλαση έχει ζωτική σημασία για τον αιμοκαθαρόμενο ασθενή διότι επιτυγχάνεται αποτελεσματική κάθαρση του αίματος και κατά συνέπεια καλύτερη ποιότητα ζωής καθώς και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Η σωστή συντήρηση της αγγειακής προσπέλασης προϋποθέτει καλή συνεργασία μεταξύ του προσωπικού ιατρικής περίθαλψης και του ασθενούς. Η κύρια πρόκληση για νεφρολόγους και νοσηλευτές των μονάδων αιμοκάθαρσης είναι η δημιουργία μίας αποδεκτής αγγειακής προσπέλασης και η διατήρηση της λειτουργικότητάς της.

Υπάρχουν δύο τύποι αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας: η αρτηριοφλεβική αναστόμωση Fistula (AVF) και το αρτηριοφλεβικό μόσχευμα (AVG).

Fistula (AVF): Η αρτηριοφλεβική αναστόμωση απαιτεί χειρουργική αναστόμωση αρτηρίας και φλέβας όπου το αρτηριακό αίμα εισρέει στη φλέβα, εξαιτίας της διαφοράς πίεσης μεταξύ φλέβας και αρτηρίας. Όταν ωριμάσει αποκτά σταθερό και ανθεκτικό τοίχωμα. Η fistula πρέπει να παρακεντείται όταν είναι επαρκώς ώριμη, τουλάχιστον 4 εβδομάδες μετά τη δημιουργία της.

Αρτηριοφλεβικό μόσχευμα (AVG): Είναι κατασκευασμένο από συνθετικό υλικό (συνήθως πολυτετραφθοροαιθυλένιο, PTFE) και τοποθετείται υποδόρια ανάμεσα σε αρτηρία και φλέβα συνήθως στα άνω άκρα. Το μόσχευμα ωριμάζει γρηγορότερα από την fistula και μπορεί να παρακεντηθεί σε 2-4 εβδομάδες.



Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση των αρτηριοφλεβικών προσπελάσεων



- Οι νοσηλευτές πρέπει να παρακολουθούν και να διατηρούν τη λειτουργικότητα της αγγειακής προσπέλασης. Ο αιμοκαθαρόμενος ασθενής πρέπει να εκπαιδεύεται στη διατήρηση της λειτουργικότητας και τον έλεγχο της αρτηριοφλεβικής αγγειακής προσπέλασης .
- Το προσωπικό που εμπλέκεται στην παρακέντηση της αγγειακής προσπέλασης πρέπει να είναι επαρκώς εκπαιδευμένο και η εκπαίδευση αυτή πρέπει να είναι συνεχής.


Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας της παρακέντησης fistula ή μοσχεύματος

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
<u>Οργάνωση του υλικού</u> Νεφροειδές μάσκα Γάντια Περίδεση (μόνο για fistula) Αποστειρωμένο σετ Βελόνες φλεβοκέντησης Σύριγγα 10ml, αμπούλες N/S 0,9% Ηπαρίνη σύμφωνα με ιατρική οδηγία	Αποφυγή άσκοπων μετακινήσεων
Ενημερώνετε τον ασθενή για την διαδικασία.	Ένας καλά ενημερωμένος ασθενής συμμετέχει στην θεραπευτική διαδικασία.
Πλύνετε τα χέρια σας με αντιμικροβιακό σαπούνι και νερό ή με αλκοολούχο αντισηπτικό - αλκοολούχο διάλυμα γλυκονικής χλωρεξιδίνης αφήνοντας το αντισηπτικό πάνω στα χέρια για 3 min μέχρι να στεγνώσει.	Πρόληψη μετάδοσης μικροβίων στον ασθενή. Η χρήση των γαντιών δεν υποκαθιστά την υγιεινή των χεριών.

<p><u>Νοσηλευτική εκτίμηση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρατήρηση • Ψηλάφηση • Ακρόαση 	<ul style="list-style-type: none"> • Αιμάτωμα, οίδημα, φλεγμονή του άκρου. • Η ψηλάφηση γίνεται κατά μήκος του αρτηριακού σκέλους, στην αναστόμωση και στο φλεβικό σκέλος, έτσι ώστε να γίνει έλεγχος για σημεία φλεγμονής, καθώς και έλεγχος της βατότητα της αγγειακής προσπέλασης. Φυσιολογικά ο ροίζος πρέπει να έχει συνεχή χαρακτήρα και ήπια ένταση. • Αξιολογείται ο ροίζος για τυχόν διαφοροποίηση του φυσήματος, σε ολόκληρο το μήκος του αγγείου.
<p>Ροίζο έχουν μόνο οι αναστομώσεις AVF.</p>	
<p>Σε διαπίστωση φλεγμονής</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ιατρού της μονάδος. • Αλλαγή του σημείου φλεβοκέντησης • Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
<p>Γίνεται αντισηψία της περιοχής παρακέντησης εφαρμόζοντας ιωδιούχο ποβιδόνη 10% (betadine solution) και αλκοόλη 70% με κυκλικές κινήσεις από έσω προς τα έξω.</p>	<p>Πρόληψη λοιμώξεων. Η κατάλληλη προετοιμασία του δέρματος μπορεί να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα μόλυνσης της προσπέλασης.</p>

<p><u>Τεχνικές φλεβοκέντησης</u></p> <p>Κουμπότρυπας (buttonhole)</p> <p>Πολλαπλών σημείων (rope ladder technique), (τεχνική ανεμόσκαλας)</p> <p>Σταθερή παρακέντηση</p>	<p>Κατά την τεχνική αυτή, μετά την εισαγωγή της βελόνας στο αιμοφόρο αγγείο, σχηματίζεται ένα σχήμα V στο δέρμα. Έπειτα από επανειλημμένες παρακεντήσεις του ίδιου σημείου το σχήμα V μετατρέπεται σε U, δημιουργώντας ένα κοκκιώδη ιστό. Στο αγγείο σχηματίζεται μια "σήραγγα" μέσω της οποίας η βελόνα μπορεί να εισαχθεί χωρίς πίεση . (Μόνο σε fistula).</p> <p>Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται απαραίτητα στα μοσχεύματα εφόσον υπάρχει αρκετό μήκος για να επιλέγονται πολλά σημεία παρακέντησης. Γίνεται εναλλαγή των σημείων παρακέντησης σε όλο το μήκος του αγγείου.</p> <p>Κατά την σταθερή τεχνική παρακεντείται μια περιορισμένη περιοχή της αγγειακής προσπέλασης. Συνήθως δεν προτείνεται λόγω επιπλοκών, όπως ο σχηματισμός ανευρυσμάτων, η λέπτυνση του δέρματος, με συνέπεια τον κίνδυνο αιμορραγιών.</p>
<p>Τις θέσεις της παρακέντησης τις επιλέγουμε πριν την τελική προετοιμασία της περιοχής (αντισηψία). Η εναλλαγή των θέσεων φλεβοκέντησης στα μοσχεύματα αποτρέπει την δημιουργία συνδετικού ιστού, ενώ στην φίστουλα συμβάλλει στην ομοιόμορφη ωρίμανση της.</p>	

<p><u>Προετοιμασία παρακέντησης</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Άνοιγμα εξωτερικού περιβλήματος. • Άνοιγμα εξωτερικού περιβλήματος συριγγών. • Αντισηψία δέρματος. • Πλήρωση του αυλού της βελόνας, μεταλλικού και πλαστικού, με φυσιολογικό ορό (προαιρετικά). 	
<p>Η παρακέντηση επιτυγχάνεται με ήπιες και σταθερές κινήσεις.</p>	
<p>Γίνεται χρήση λάστιχου περίσφιξης (tourniquet) μόνο για την fistula όχι στο μόσχευμα.</p>	<p>Είναι απαραίτητη στην ψηλάφηση της fistula, πριν και κατά τη διάρκεια της φλεβοκέντησης.</p>
<p><u>Εισαγωγή βελόνας</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Είσοδος της βελόνας στο αγγείο υπό γωνία 20° -35° (για μόσχευμα 45°), ανάλογα με το βάθος της αγγειακής προσπέλασης. • Η παρακέντηση πρέπει να γίνεται σε απόσταση 4cm από την αναστόμωση. • Οι βελόνες μεταξύ τους θα πρέπει να απέχουν 2,5- 4cm. • Η βελόνα εισάγεται αργά έως τα 2/3 του μήκους της και ελέγχεται η επιστροφή αίματος. • Οριζοντιώστε την γωνία της βελόνας καθώς την εισάγετε 	 <p>Πηγή:https://www.angio-fasoulakis.gr/angeiaki-prospelasi-nefropathous</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η τοποθέτηση της φλεβικής βελόνας γίνεται πάντα σύμφωνα με την φορά ροής του αίματος στο αγγείο. • Η τοποθέτηση της αρτηριακής βελόνας γίνεται είτε κατά τη φορά είτε αντίθετα προς την φορά ροής του αίματος.

<p>στο κέντρο του αγγείου.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ελέγξτε για καλή ροή (εφόσον έχει αφαιρεθεί η περίδεση). • Αν η ροή είναι ικανοποιητική, επιστρέψετε το αίμα που αναρροφήσατε για τον έλεγχο βατότητας της βελόνας. • Σταθεροποιήστε τα πτερύγια της βελόνας με ταινία για ασφάλεια. 	 <p>πηγή:http://www.en-en.gr/wp-content/uploads/2015/03/artirioflevikis-epikoinwnias.pdf</p>
<p>Επιλέγεται ένα ευθύ τμήμα της fistula ή του μοσχεύματος και όχι σημεία ανευρυσματικά ή με ελικοειδή πορεία</p>	
<p>Μετά την επιτυχή φλεβοκέντηση η περίδεση αφαιρείται.</p>	<p>Υπάρχει κίνδυνος παρεμπόδισης της κυκλοφορίας του αίματος τόσο στο αρτηριακό όσο και στο φλεβικό σκέλος.</p>
<p>Συνδέονται οι προεκτάσεις των βελόνων παρακέντησης με τα αντίστοιχα σκέλη των γραμμών αιμοκάθαρσης (φλεβική γραμμή-αρτηριακή γραμμή). Γίνεται σταθεροποίηση αυτών, με τρόπο που να διευκολύνει τις κινήσεις του ασθενή για μια ασφαλή και άνετη συνεδρία.</p>	

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Ακτσιαλή , Μ., (2019). Χρόνια Νεφρική Νόσος. Από την Ένταξη στην Μεταμόσχευση. Εγχειρίδιο Κλινικών Νοσηλευτικών Πρωτοκόλλων, Νοσηλευτική Υπηρεσία ΓΝΑ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ, 1η Έκδοση. Τόμος Β'. Αθήνα 2016.
- Καμπά, Ε. & Γερογιάννη, Γ., (2014).Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Εκπαίδευση και Ψυχολογική Υποστήριξη Ασθενών με Νεφρική Ανεπάρκεια. Το Βήμα του Ασκληπιού, 13(3), 271-280.
- Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2016.
- Πρωτόκολλα Νεφρολογικής Νοσηλευτικής. 2016. Ε.Ν.Ε.Ν. <http://www.en-en.gr/protokollanefrologikis-nosileftikis-praktikis/>
- Σίμου, Ε. 2017. Επικοινωνία Γιατρού- Ασθενούς: Ένας Πρακτικός Οδηγός Δεξιοτήτων Επικοινωνίας.

Ξενόγλωσση

- Kathleen S.Osborn, Cheryl E. Wraa, Annita B.Watson, Renee Holleran. Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly 31/03/2023 16:08:21 EEST – 77.49.142.161
- Schmidli J., Widmer M.K., Basile C., Donato G., Gallieni M., Gibbons C.P., Haage P., Hamilton G., Hedin U., Kamper L., Lazarides M.K., Lindsey B, Mestres G., Pegoraro M., Roy J., Setacci C., Shemesh D., Tordoir J., Loon M. (2018) Editor's Choice e Vascular Access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg 55, 757 818
- Διαδικτυακές σελίδες
- <http://www.nos.teilam.gr/docs/imerides/diimerida21102005/mera2/aposteirwsi%20-%20apolymansi.pdf>
- [http://www.epuap.org/ Πρόσβαση : 11/03/2023.](http://www.epuap.org/)
- <http://www.en-en.gr/wp-content/uploads/2015/03/artirioflevikis-epikoinwnias.pdf>
- Όλες οι φωτογραφίες βρέθηκαν αναρτημένες ελεύθερα στο διαδίκτυο και διέπονταν από τη νομοθεσία πνευματικών δικαιωμάτων κοινής χρήσης.