EDTNA/ERCA
Filiale Italiana

# Il paziente nefropatico, anziano

Dott.sa Marisa Pegoraro
Infermiera nefrologica
Presidente FIL ITALIANA EDTNA/ERCA

# Il panorama delle sale dialisi

- Pazienti anziani,
- Spesso con stati nutrizionali alterati
- Pazienti comorbidi (vasculopatie, diabete)

Nelle grandi città…..

Il 70% dei pazienti con età compresa dai 20 ai 60 anni è straniero,

- soggetti soli,
- famigliari lontani
- multiculturalità,

# Il panorama dei servizi dialisi

Distribuzione geografica delle tipologie di centri dialisi (dati elaborati dal cens. ANED 2012)

- Nord: 80 % centri pubblici -ospedali, CAD, CAL-
- Centro: 50% centri pubblici - ospedali –
  50% centri privati accreditati
- Sud: 80% centri privati accreditati – di proprietà singole, o di catene internazionali

Tipologia del personale: solo il 10% di infermieri in libera professione

# DIALISI & Anziani

CLINICAL EPIDEMIOLOGY www.jasn.org
*J Am Soc Nephrol* 18: 2960–2967, 2007. doi: 10.1681/ASN.2007020221

## Significance of Frailty among Dialysis Patients

Kirsten L. Johansen,*†‡ Glenn M. Chertow,†‡ Chengshi Jin,‡ and Nancy G. Kutner§

*Nephrology Section, San Francisco VA Medical Center, †Division of Nephrology, University of California, San Francisco, and ‡Department of Epidemiology and Biostatistics, University of California, San Francisco, San Francisco, California; and §Department of Rehabilitation Medicine, Emory University, Atlanta, Georgia

Definizione di **FENOTIPO FRAGILE** (sec Fried et all) : perdita di peso, debolezza muscolare, stanchezza ed esaurimento, poca attività fisica, andatura lenta
Associazione tra fragilità , decesso ed ospedalizzazione. USA, 2275 pazienti

Forte associazione tra fragilità e decesso (HR 3,42 univ ; 2,24 adj- nessuna differenza per genere, età o razza)
44% dei pz < 40 anni risultavano fragili; > donne ;> in emodialisi ; >se diabete, ipoalbuminemia
< se con FAV ; < se epo in pre-dialisi

NIH Public Access
**Author Manuscript**
*Arch Intern Med*. Author manuscript; available in PMC 2014 July 31.

Published in final edited form as:
*Arch Intern Med*. 2012 July 23; 172(14): 1071–1077. doi:10.1001/archinternmed.2012.3020.

# Frailty, Dialysis Initiation, and Mortality in End-Stage Renal Disease

**Dr. Yeran Bao, MD**, **Dr. Lorien Dalrymple, MD, MPH**, **Dr. Glenn M. Chertow, MD, MPH**, **Dr. George A. Kaysen, MD, PhD**, and **Dr. Kirsten L. Johansen, MD**

Determinare se il livello di eGFR era correlato con decesso e ospedalizzazione.
Gruppo ampio, diversi stati, pazienti in DP. Interviste telefoniche,

Fraglilità : PF < 75 (secondo criteri Fried modificati da Joahnsen. 1576 paz:

73% fragili , il 63% con < di 40 anni – 33% deceduti a 2,9 anni.

eGFR all'inizio della dialisi > dei non fragili.
eGFR NON correlato a decessi ed ospedalizzazioni.

EDTNA/ERCA
Filiale Italiana

NIH Public Access
**Author Manuscript**
*J Am Med Dir Assoc*. Author manuscript; available in PMC 2014 April 01.

Published in final edited form as:
*J Am Med Dir Assoc*. 2013 April ; 14(4): 242–247. doi:10.1016/j.jamda.2013.01.004.

# End-Stage Renal Disease in Nursing Homes: A Systematic Review

**Rasheeda K. Hall, MD, MBA**[1], **Ann M. O'Hare, MD**[2,3], **Ruth A. Anderson, PhD, RN**[4,5], and **Cathleen S. Colón-Emeric, MD, MHSc**[5,6,7]

Dialisi nelle Residenze per Anziani.
198 citazioni, 14 articoli selezionati. Pazienti in DP (8), emodialisi (1), in entrambe le modalità (4) .

Solo studi osservazionali.
Elevata mortalità entro il 1 anno di dialisi.
<u>Maggiore la mortalità nei pazienti incidenti</u>, rispetto ai prevalenti.

**Mingardi & all 1999, NDT:**

Health related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF 36 Heatlth Survey

**Panzetta & all, 2004 GIN**

Frail elderly in hemodialyis

## ROLE OF COMPONENTS OF FRAILTY ON QUALITY OF LIFE IN DIALYSIS PATIENTS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

*Paola Sclauzero[1], Giovanni Galli[1], Giulia Barbati[2], Michele Carraro[1], Giovanni O. Panzetta[1]*
*[1]S.C. Nefrologia e Dialisi, AOU Ospedali Riuniti, Trieste, Italy*
*[2]S.C.Cardiologia, AOU Ospedali Riuniti, Trieste, Italy*

Sclauzero P., Galli G., Barbati G., Carraro M., Panzetta G.O. (2013). Role of components of frailty on quality of life in dialysis patients: A cross-sectional study. *Journal of Renal Care* **39**(2), 96–102.

233 pz prevalenti. 32,5% con 1>1 disabilità, 38,4% totalmente o parzialmente dipendenti, 42,9% necessitano di aiuto nel quotidiano, 34% malnutriti .

Vivere in famiglia, adeguata situazione economica,
mantenute relazioni sociali **= > QdL**

# ….vittime del proprio successo!!

il n. dei pazienti trattati è sempre stato

- in continuo INCREMENTO NUMERICO
- Sempre più ANZIANI
- Sempre più COMORBIDI

Lunga vita, migliore vita ?

Anni alla vita,…… o …….vita agli anni?

# Malgrado ciò…

La comunità nefrologica nazionali fatica ad affrontare l'aspetto della <u>fragilità complessiva</u>

- forte "impronta" tecnologica
- scarsa propensione all'assist. Olistica
  - poche assistenti sociali
  - poche dietiste
  - pochissimi fisioterapisti
  - pochi psicologi
  - molti nefrologi (pochi per taluni)

# Le due anime della nefrologia

## I trattamenti acuti

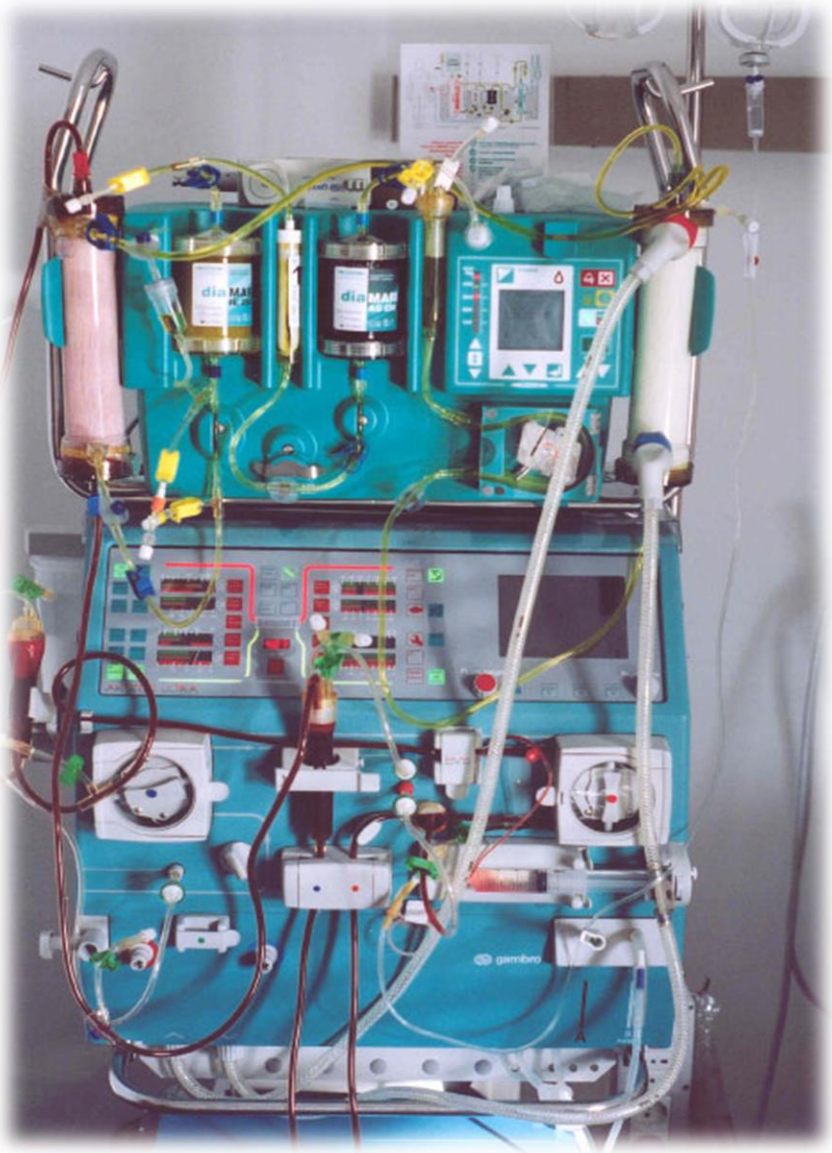
A seguito di Insufficienze renali acute (IRA), improvvise

- Interventi maggiori (cardiologici)
- Incidenti
- Calamità naturali (crash syndrome)
- Intossicazioni (funghi, ….)

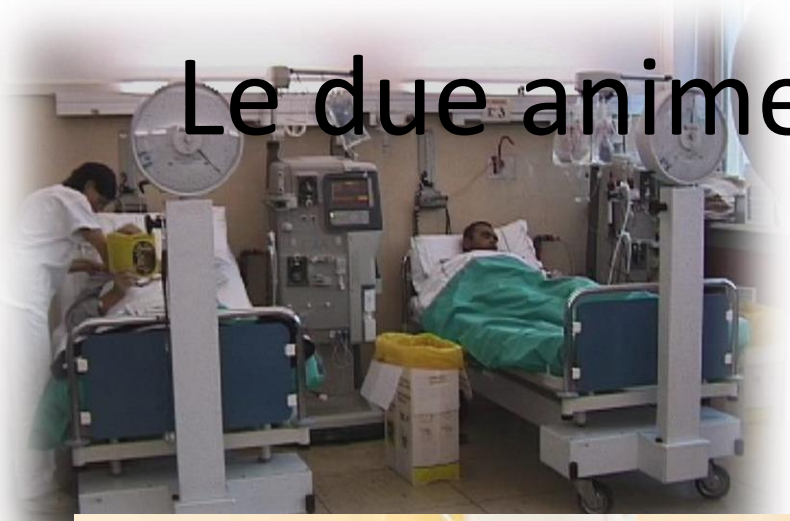
Nelle terapie intensive,

nella gestione dell'omeostasi complessiva

nelle aferesi terapeutiche



# Le due anime della nefrologia



## I trattamenti cronici

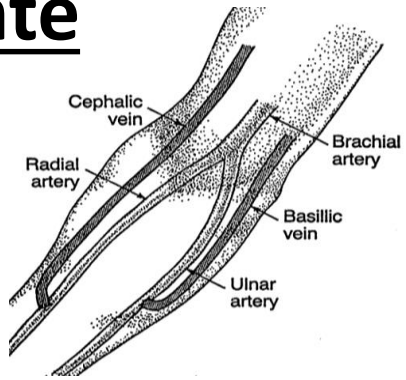
a seguito di malattia renale cronica, progressiva (IRC, MRC)

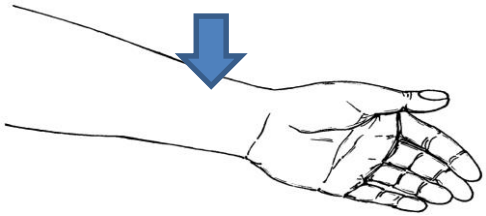
Early referral , late referral

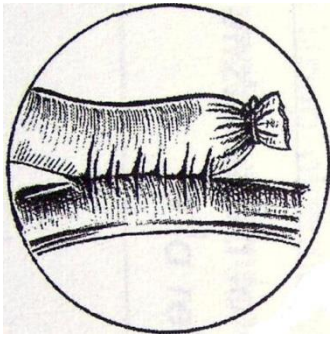
- Specifica (glomerulonefriti)
- Metabolica (diabete, ipertensione)
- Congenita (reflusso)
- Genetica (rene policistico)
- Autoimmune, tumorale

# *La storia*

- DIALISI come trattamento SALVAVITA, perseguito fin dagli inizi del secolo (anni ‘20, ’40. ’60)
- Diventa un trattamento **tecnicamente disponibile** alla fine degli anni ’60.
- Grazie ad uno stratagemma chirurgico (fistola artero-venosa secondo Cimino-Brescia) che ha permesso un Accesso Vascolare





# ACCESSI VASCOLARI

- FAV - fistola arterovenosa nativa - tuttora il migliore accesso vascolare per emodialisi cronica, indipendentemente da età, genere, patologia –
- FAV protesica .
- CVC (catetere venoso centrale), grazie alle biotecnologie applicate ai materiali plastici. Sono temporanei o long/term- permanenti.

**Le complicanze relative agli ACCESSI VASCOLARI rappresentano la 1° causa di ospedalizzazione dei pazienti in dialisi (dati DOPPS)**

**LA CURA DEGLI Accessi Vascolari è UNA PRIORITA' TECNICO ASSISTENZIALE DELL'INFERMIERE in DIALISI**

# Il continuom della patologia

- I pazienti erano affetti da patologie:

  **Infiammatorie, Infettive, congenite : 1° dec**

  **Degenerative, autoimmuni - 2°/3° dec**

  **S.metaboliche,**

  **Pat. genetiche, 4°/5° dec**

  **Comorbidità**

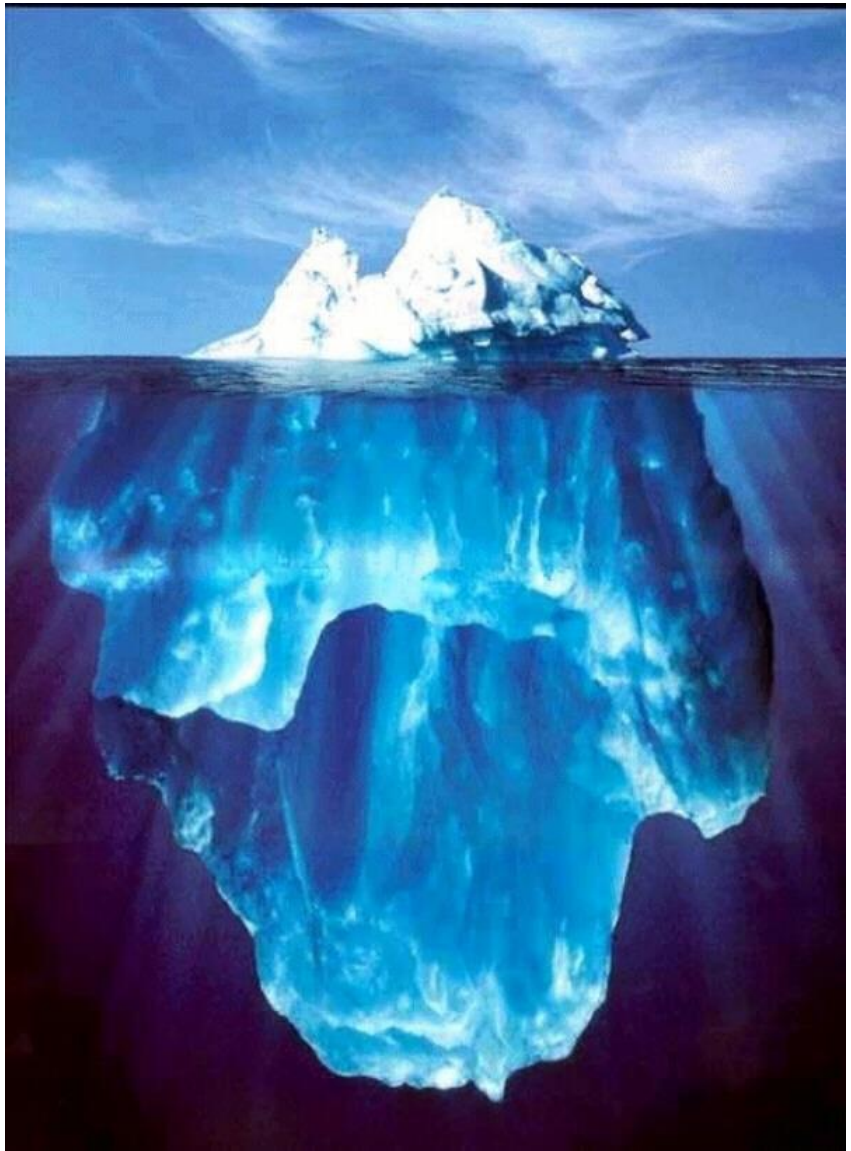
# Le acquisizioni scientifiche

Rene come fucina di:

- Stimoli ormonali su altri organi /tessuti - (eritropoietina)
- Controllo di processi metabolici complessi (calcio-fosforo; acidosi metabolica,..)
- Sinergie multiorgano: cuore, fegato, intestin
- Bersaglio di malattie rare (es. Fabri), autoimmuni (crioglobulinemie), tumorali (mieloma)

# SCENARIO EPIDEMIOLOGICO

## L'iceberg della MRC



**STADI DEL CKD (eGFR)**

**5** tratt. Sostitutivo

**4** pre dialisi
tratt. conservativo

**3** tratt. farmacologico

**2** dieta

**1** stile di vita

25 mil in Italia 600 mila --- 45 mila

# GLI STADI DEL CKD

GFR normale è un valore **>90 ml/min/1,73m²**

- **1 STADIO:** danno renale con eGFR normale o aumentato (≥ 90 ml/min/1,73m²)
- **2 STADIO** : danno renale con lieve con riduzione dell 'eGFR tra 60-89ml/min/1,73m²
- **3 STADIO :** danno renale moderato con riduzione dell'eGFR tra 30-50 ml/min/1,73m²
- **4 STADIO**: danno renale severo con riduzione dell' eGFR tra 15-29 ml/min/1,73m²
- **5 STADIO** : danno renale terminale con eGFR < 15 ml/min/1,73m²,
- **……irreversibile**

**LE STRATEGIE DEI PRIM I 40 ANNI si sono concetrate nello stadio 5°**

# trattamento dialitico – 5° stadio

- **Emodialisi** (dialisi extracorporea, AV)
  - in ospedale,
  - in ambulatorio dialisi
  - a domicilio

- **Dialisi Peritoneale** (cat. Peritoneale)

  domiciliare manuale

  domiciliare automatizzata

  in autonomia o con care giver famigliare

  assistita, con ausiio di oss, badante, inf RSA

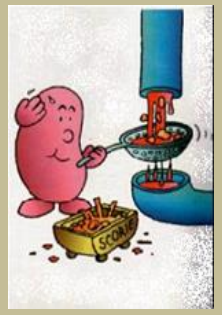
- **Trapianto**:

  da cadavere: old to old, double kidney.

  da vivente: pre-emptive, cross-over

**Trattamenti conservativi** : dieta ipo/aproteica, supplementata

rara applicazioni



# Nuove strategie

**Attivazione di AMBULATORI PRE-DIALISI:**

I primi sono sorti 10 anni fa per pz allo stadio 4-5

- attivazione di percorsi di ed. terapeutica,
- scelta della tipologia del trattamento (DP/ED)
- confezionamento del AV

Sorti su base volontaria: nefrologi illuminati, infermiere motivate, esperte

**Risultati sorprendenti in termini di esiti (rallentamento del CKD) migliore QdL**

Pazienti consapevoli, contratto assistenziale possibile

# Nuove & vecchie strategie

OBETTIVO : **rallentare la progressione della MRC**

-LINEE Guida internazionali, nazionali per rilevare precocemente la presenza di MRC progressiva

-esperienza UK, NICE **: istruzioni mandatorie ai MdB** per riferire agli ambulatori nefrologici i pz con eGFR alterato **stadio 3°**

**attivazione di percorsi assistenziali specifici autocura, di educazione terapeutica, educazione dietetica**

**monitoraggio periodico, domiciliare**

# Nuove strategie “strutturate”

-esperienze regionali di ambulatori infermieristici, e multidisciplinari

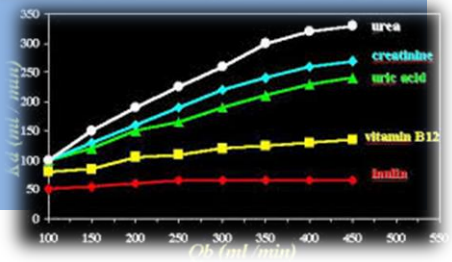
**PIEMONTE ambulatorio MAREA 2013**

**EMILIA ROMAGNA: ambulatori PIRP - 2008**

Consulenza su stili di vita, dieta, terapia farmacologica mirata, approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

In Emilia Romagna sono diminuiti i pz incidenti

(dati Reg. Regionale)



# I temi prossimi

- Incrementare gli ambulatori di prevenzione
- Sostenere l'educazione terapeutica e l'autocura,
- Domiciliarizzazione delle cure e dell'assistenza
- Valutazione multidisciplinare e personalizzata
  - **Disponibilità sempre maggiore di trattamento CONSERVATIVO**
- Attenzione alla malnutrizione prodromo di fragilità
- Scelta del trattamento e accompagnamento al fine vita,

# IL MODELLO BIOMEDICO…
# è discutibile

- Insostenibilità economica dell'approccio di cura organicistico ,
- Singole specialità mediche inefficienti/inefficaci rispetto ai bisogni della persona affetta da cronicità

- **Resistenze ai cambiamenti paradigmatici**
- **Approcci multidisciplinari ancora scarsi**
- **Carenza di riferimenti etico-sanitario- sociali**

# Aree di investimento assistenziale Rispetto al paziente anziano

- **Trattamento conservativo**
- **(dieta ipo/aproteica)**
  - **Domiciliare**
  - **In RSA**
- **Trattamenti palliativi**
  - **Non inizio della dialisi**
  - **Sospensione della dialisi**
  - **Domiciliari**
  - **In hospice**

# per concludere…….. iniziamo

- A collaborare tra specialità infermieristiche
- Tra società scientifiche  diverse
- A sostenere un l'approccio bio-psico-sociale
- A creare solidarietà infermieristiche interdisciplinari
- Sostenere le competenze specialistiche ed il loro valore professionale e di comunità.

NURSES FOR EXPO

EDTNA/ERCA Filiale Italiana

# COLTIVARE L'ENTUSIASMO

Diamo
Forza Alla
Nostra
Professione!

**INFERMIERE PROMOTORE DI SALUTE**

# Grazie per l'attenzione

- Altre FONTI di riferimento BIBLIOGRAFICO:

  Journal of Renal Care

  Dati studio DOPPS (www.dopps.org)

  Registro Italiano Dialisi e Trapianto, della Società Italiana di Nefrologia

  Presentazioni ai congressi EDTNA/ERCA (www.edtnaerca.org), congressi, giornate di studio EDTNA/ERCA FIL ITALIANA (www.edtna-erca.it)