



ADDESTRAMENTO INFERMIERISTICO PER UNA TERAPIA SOSTITUTIVA ADEGUATA

1 Lacerenza V.N., Papagni L., Petruzzelli G., Maggiulli A., 2 Massaro M., Giannetto M., Di Paolo S.

1 U.O.Nefrologia-Dialisi Ospedale della Murgia " F.Perinei" Altamura

2 Servizio 118 Andria

U.O. Nefrologia-Dialisi Ospedale "Mons.Dimiccoli" Barletta

In Italia, sono circa 2.200.000 i soggetti affetti da malattia renale cronica, con età compresa tra i 35 e i 79 anni. Una parte rilevante di questi soggetti non sa di avere una patologia renale, perché mai sottoposti ad alcuna valutazione. Da questi dati possiamo dedurre come semplici procedure di screening siano necessarie per individuare precocemente gli individui patologici, in modo particolare nei soggetti a elevato rischio come: diabetici, ipertesi, obesi. La diagnosi precoce e la gestione di appropriati interventi terapeutici, richiedono la stretta collaborazione tra specialisti ospedalieri e strutture sanitarie territoriali. Nei pazienti con patologia renale avanzata è fondamentale l'accesso immediato alle strutture specialistiche nefrologiche, non solo per la gestione della malattia renale cronica e delle sue complicanze, ma per indirizzare il paziente ad una scelta consapevole della terapia sostitutiva.

Il Progetto Ma.Re.A.

L'ambulatorio Ma.Re.A. è costituito da un'equipe multidisciplinare composta da nefrologi, infermieri, nutrizionisti, dietisti e psicologi che collaborano allo scopo di migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita dei pazienti con IRA.

Ruolo fulcro è ricoperto dall'infermiere, che in collaborazione con il medico specialista, ha il compito di:

- a) **prevenire e trattare con tempestività eventuali complicanze**
- b) **instaurare un rapporto di fiducia**
- c) **raggiungere un forte livello di compliance**
- d) **gestire l'ansia**
- e) **saper gestire il calendario ambulatoriale**
- f) **attivare un percorso informativo ed educativo**
- g) **pianificare l'assistenza infermieristica**

La modalità operativa adottata è quella di tipo longitudinale, ovvero uno studio diacronico osservazionale che analizza l'efficacia del percorso terapeutico negli stessi utenti che, nel periodo compreso tra settembre 2017 e settembre 2018, sono stati sottoposti al suddetto progetto presso l'ambulatorio Ma.Re.A. Questo ambulatorio è gestito dall'U.O. di Nefrologia-Dialisi dell'Ospedale "Mons. Dimiccoli" di Barletta, coordinata dal dott. Mario Giannetto. L'attività di tale Ambulatorio Ma.Re.A. è strutturata secondo un programma di incontri circa mensili, ciascuno dei quali si svolge secondo un percorso predefinito, salvo complicanze che potrebbero richiedere ulteriori incontri. Alla fine di ogni incontro, dal punto di vista dell'assistenza infermieristica, veniva redatta ed aggiornata la cartella infermieristica, nella quale venivano registrati l'anamnesi e gli 11 bisogni assistenziali infermieristici.

Per quanto concerne il reclutamento degli utenti che componevano il nostro campione di riferimento, abbiamo adottato un campionamento a grappoli in cui gli utenti che provenivano dall'ambulatorio di

Nefrologia ospedaliera, dall'ambulatorio di Nefrologia territoriale, dalla degenza nefrologica, da altre degenze dovevano avere i seguenti i criteri:

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Età compresa tra i 50 e i 92 anni	Inaffidabilità
VFG (velocità di filtrazione glomerulare) inferiore o uguale a 20 ml/min	Scarsa compliance del paziente
Il valore di creatininemia	Mancanza di un caregiver presente e affidabile
Non sottoposti a terapia dialitica	

Sono stati reclutati 37 utenti così distribuiti:

- Per sesso.** Il campione preso in considerazione è composto da 37 pazienti, rispettivamente da 9 femmine e 28 maschi, incontrati presso l'ambulatorio Ma.Re.A dell' U.O. di Nefrologia-Dialisi dell'Ospedale Dimiccoli di Barletta.
- Per età degli utenti.** Nel gruppo il paziente più giovane ha 50 anni mentre il più anziano ne ha 92. Nel gruppo campione si ha una media di età di 73.

Abbiamo monitorato l'andamento dei valori a nei tre tempi: tempo 0, tempo1 (6 mesi) e tempo 2 (12 mesi) dei valori ematochimici principali quali la Creatinina e la VFG in risposta al continuo rimodellamento del piano terapeutico e all'apporto di un regime dietetico apoteico. I dati emersi sono così schematizzati:

MONITORAGGIO CREATININA			
PAZIENTI	T0	T1	T2
PZ 1	5,4	5,3	4,14
PZ 2	4,7	3,3	1,3
PZ 3	3,59	3,6	3,75
PZ 4	4,6	4,8	4,5
PZ 5	4,99	4,7	5,2
PZ 6	4,1	3,9	3,7
PZ 7	2,55	2,3	2,11
PZ 8	6,3	5,5	5
PZ 9	6,2	5,9	6,03
PZ 10	4,9	5,2	5,4
PZ 11	3,3	3,3	3,16
PZ 12	4,5	3,9	3,5
PZ 13	5,48	6,2	7,1
PZ 14	2,8	Exitus	Exitus
PZ 15	3,7	3,9	4,1
PZ 16	4,8	5,2	6,43
PZ 17	5,14	5,8	6,48
PZ 18	7,4	7,3	8,1
PZ 19	4,95	4,2	3,6
PZ 20	4,41	3,9	3,2
PZ 21	3,6	3,3	3,2
PZ 22	5,3	5,4	5,7
PZ 23	2,9	3,2	3,4
PZ 24	5,91	4,6	3,9
PZ 25	3,45	3,56	4,1
PZ 26	4,59	4,8	4,59
PZ 27	2,2	Exitus	Exitus
PZ 28	4,46	3,2	1,66
PZ 29	3,8	3,2	3,1
PZ 30	2,2	2,2	2,6
PZ 31	3,6	3,4	2,8
PZ 32	3,9	3,9	3,2
PZ 33	4,3	3,6	3,4
PZ 34	5,46	5,2	4,3
PZ 35	6,3	5,8	5,2
PZ 36	2,8	2,6	2,7
PZ 37	3,3	3,4	2,8
VALORE MEDIO	4,37	4,27	4,09

MONITORAGGIO VFG			
PAZIENTI	T0	T1	T2
PZ 1	9,4	10,4	13,45
PZ 2	12	12	11,25
PZ 3	12,49	12,9	13,45
PZ 4	17,4	17,2	16,59
PZ 5	9,9	9,9	10,1
PZ 6	9,14	8,7	9
PZ 7	13,13	13,2	14,6
PZ 8	13	13,3	14
PZ 9	19	22,4	24
PZ 10	7,8	8,6	9,6
PZ 11	8	8,2	7,8
PZ 12	10,9	10	9,8
PZ 13	16	16,2	16,08
PZ 14	12	Exitus	Exitus
PZ 15	10	7,5	6,4
PZ 16	9	14,67	18,2
PZ 17	16	10,2	21,36
PZ 18	7,9	12,7	17
PZ 19	10,94	6,34	4,6
PZ 20	6	7,3	9,06
PZ 21	9,56	5,48	4,9
PZ 22	10,2	12,18	14,2
PZ 23	17,61	17,3	15,1
PZ 24	11,7	14,65	18,4
PZ 25	20	16,4	10,5
PZ 26	7,7	14,7	17
PZ 27	13,27	Exitus	Exitus
PZ 28	12,81	12,4	10,49
PZ 29	20,12	15,57	12,81
PZ 30	12,02	17,45	20,16
PZ 31	16,38	27,43	39,4
PZ 32	17	22,6	24,29
PZ 33	13,1	16,54	19
PZ 34	9,23	9,27	10,4
PZ 35	13,19	12,54	7,8
PZ 36	7,6	9,43	13,19
PZ 37	9,4	8,2	7,5
MEDIA VALORI	11,84	13,22	14,47

Come si denota dall'analisi dei della Creatininemia a T0, c'è la presenza di valori discostanti tra loro, e il loro valore medio è di 4,37. Nel tempo 1, invece si può notare la presenza di due valori uguali a zero a causa del decesso di due pazienti e un abbassamento, seppur lieve, il valor medio raggiunge il valore 4,27. A Tempo 2, si

denota una diminuzione del valore medio che raggiunge il valore 4,09. Riassumendo da TO a T2 il valore medio della Creatinina si è ridotto di **0,28**.

Dall'analisi della VFG a Tempo 0 si nota la presenza di valori discostanti tra loro con un valore medio di 11,84. Analizzando a tempo 1 si può notare la presenza di due valori uguali a zero a causa del decesso di due pazienti e un aumento del valore medio che raggiunge il 13,22. Infine a Tempo 2, troviamo un aumento della media che raggiunge il valore 14,47. Riassumendo da TO a T2 il valore medio della VFG è aumentato di 2,63 che equivale ad un aumento di 2,63 % della funzionalità renale.

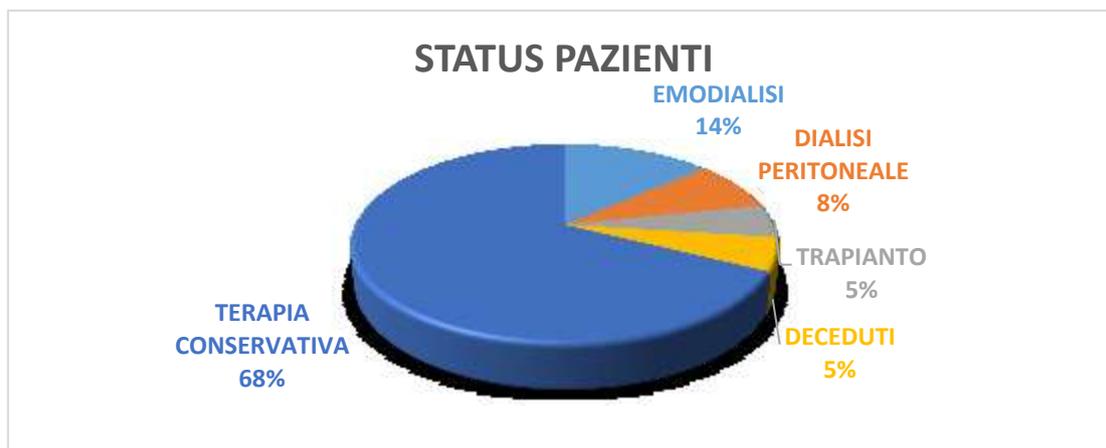
Analizzando quindi nell'insieme sia i miglioramenti clinici che psico-sociali è emerso come a livello clinico in 20 pazienti su 37 (54%) si è registrato un miglioramento della funzione renale. In 7 dei 17 pazienti in cui si è registrato un peggioramento della funzione renale, quest'ultimo è stato pari o inferiore a 1 ml/m'. Nei grandi anziani si è riscontrato seguendo 16 pazienti con età compresa tra 75 e 92 anni che 14 di essi (87%) sono mantenuti in terapia conservativa e 2 pazienti hanno iniziato il trattamento sostitutivo in regime di elezione, per entrambi questi pazienti era già stata posta in precedenza indicazione al trattamento dialitico al momento dell'arruolamento in ambulatorio MaReA.

Nel periodo in osservazione 8 pazienti hanno intrapreso il trattamento sostitutivo della funzione renale, così distribuiti:

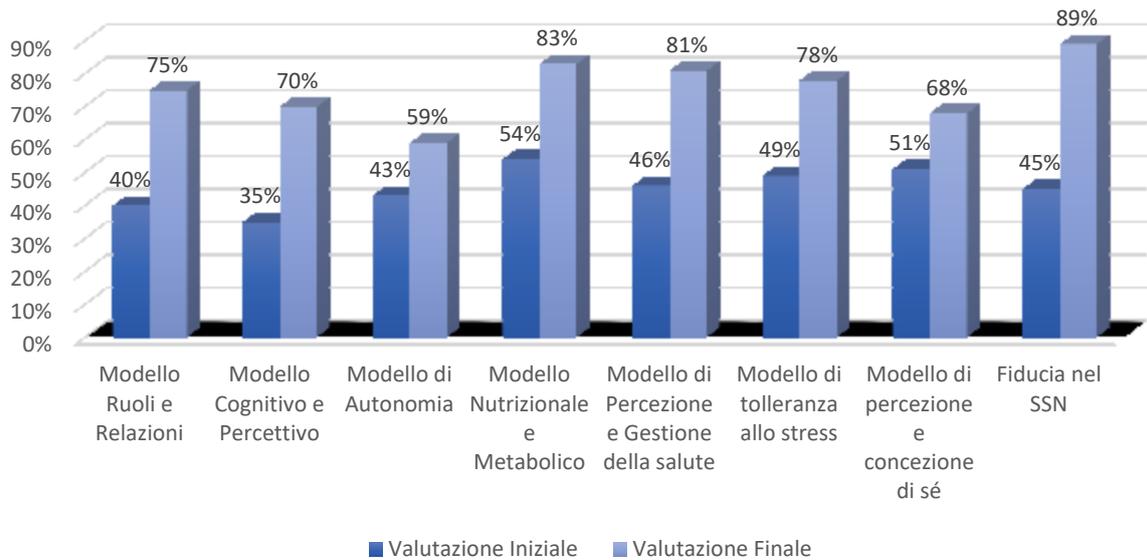
- 5 pz in emodialisi (62,5%)
- 3 pazienti in dialisi (37,5%) peritoneale: quest'ultimo dato è ampiamente al di sopra sia della attuale media nazionale (10% prevalenza pazienti in PD rispetto al totale dei pazienti in dialisi) sia di quanto previsto dal Piano Nazionale della Cronicità (Settembre 2016) che, nell'intento di incentivare i trattamenti domiciliari, pone come obiettivo il 20% di prevalenza di PD rispetto ad HD.

Dei 5 pazienti che hanno intrapreso il trattamento emodialitico, 2 trattasi di cosiddetti "late referral" cioè pazienti giunti con un quadro di funzione renale già severamente compromessa che ha richiesto l'inizio immediato del trattamento emodialitico avvenuto, comunque, in regime di elezione. A maggiore dimostrazione del particolare interesse ad incentivare i trattamenti domiciliari si rileva che dei 6 pazienti che al termine del percorso formativo hanno espresso una preferenza circa il trattamento sostitutivo ben 3 (pari al 50%) hanno indicato la dialisi peritoneale. Un'altra importante vittoria è stata il trapianto in tempi enormemente ridotti in 2 di 37 pazienti i quali mediante donazione da vivente non sono entrati in dialisi. In concomitanza alla valutazione clinica della funzionalità renale di ogni singolo paziente ho redatto un questionario utile a valutare eventuali cambiamenti nella qualità di vita basandomi sui seguenti modelli assistenziali. Ad ogni modello assistenziale preso in esame ho attribuito un punteggio in relazione ai diversi feedback dei pazienti a inizio e fine del trattamento.

Per valutare il miglioramento della qualità di vita dei pazienti campione, abbiamo considerato solo i punteggi maggiori o uguali a 3 (moderato- buono- molto buono), assegnati ai diversi modelli assistenziali. I risultati ottenuti a T2 sono così riassunti:



VALUTAZIONE MODELLI ASSISTENZIALI



L'esperienza dell'indagine è stata molto interessante e ha dato la possibilità di toccare con mano le principali problematiche psicosociali che affliggono ogni persona di fronte ad un cambiamento del proprio stile di vita a causa di una patologia cronica. I risultati ottenuti sono stati superiori alle più rosee aspettative, in quanto è emerso come la qualità di vita dei 37 pazienti presi in esame ha visto un miglioramento sia nei pazienti che non sono andati in contro ad un'aggravamento clinico della patologia, sia nei soggetti passati alla terapia sostitutiva quale dialisi, dialisi peritoneale e trapianto. Nei pazienti dializzati la scelta è risultata più consapevole ed in diversi casi si è optato per la dialisi peritoneale che in un primo momento veniva generalmente scartata.

BIBLIOGRAFIA

- ☐ Manuale di tecniche e procedure infermieristiche di Taylor
- ☐ Nursing clinico. Tecniche e procedure di Kozier di Audrey Berman
- ☐ Brunner Suddahrt - Nursing medico-chirurgico
- ☐ Carpenito L.J. - Piani di assistenza infermieristica e documentazione
- ☐ Levin A et al. Multidisciplinary predialysis programs
- ☐ Levin a et al. The need for optimal and coordinated management of CKD