

Pre-dialisi: presente e futuro

La pre-dialisi è pre-dialisi?

In ITALIA

- Registro dialisi e trapianto: centri della Lombardia SIN 2009
Il 90% dei centri asseriva di avere un ambulatorio pre-dialisi
- Nel 2008 un'indagine presso i centri del Piemonte definiva come pre-dialisi:
 1. Ambulatorio medico per pazienti con MRC IV –V stadio
 2. Percorso informativo per la scelta della terapia
 3. Percorso con finalità e struttura non definita?????

Concetto di difficile definizione a volte riduttivo ... a volte estensivo

In EUROPA

- Registro EDTA-ERA del 2007 il 68% dei Centri ha un ambulatorio per MRC al IV-V stadio ... quali contenuti???
- Il 39% dei centri offre la scelta tra dialisi e cure palliative ... cosa si intende per cure palliative???



Survey SIAN

145 risposte al questionario	SI	NO	NON SO
Nella tua U.O. esiste l'ambulatorio di pre-dialisi	69%	29%	2%
Ne conosci l'organizzazione	64.1%	35.9%	0%
L'ambulatorio di pre-dialisi è associato all'ambulatorio nefrologico	61.4%	21.4%	17.2%

Quali sono le figure professionali nell'ambulatorio di pre-dialisi

- 82.8% medico
- 60.7% infermiere dedicato

MRC: classificazione in stadi

1. riduzione del GFR < 60 ml/m/ 1,73 m²
2. albuminuria A1 – A2 – A3
3. per tempo > = a 3 mesi

KDIGO
Summary of Recommendation
Statements. *Kidney International*
Supplements, 3(1), 5–14.
doi:10.1038/kisup.2012.77

Stadio

Categorie di VGF (ml/min/ 1.73m ²) Descrizione e livello				Categorie di albuminuria persistente Descrizione e livello		
				A1	A2	A3
				Da normale a leggermente aumentata	Moderatamente aumentata	Severamente aumentata
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
G1	Normale o aumentato	≥90	1 se MRC	1	2	
G2	Lievemente ridotto	60-89	1 se MRC	1	2	
G3a	Da lievemente a moderatamente ridotto	45-59	1	2	3	
G3b	Da moderatamente a severamente ridotto	30-44	2	3	3	
G4	Severamente ridotto	15-29	3	3	4+	
G5	Insufficienza renale	<15	4+	4+	4+	

MRC

IRC

Rischio



Epidemiologia

I dati del NHANES (National Health and Nutritional Examination Survey) dicono che la MRC è una malattia molto diffusa nel mondo con prevalenza crescente circa il 10% della popolazione è affetta da MRC (misconosciuta)

Cause

1. invecchiamento della popolazione (ageing kidney)
2. aumento della prevalenza di condizioni cliniche ad elevato rischio di danno renale (diabete tipo II, sindrome metabolica, ipertensione arteriosa, obesità dislipidemie) associate ad aumento della sopravvivenza dei pazienti
3. aumento della vita media e terapie «che risolvono»

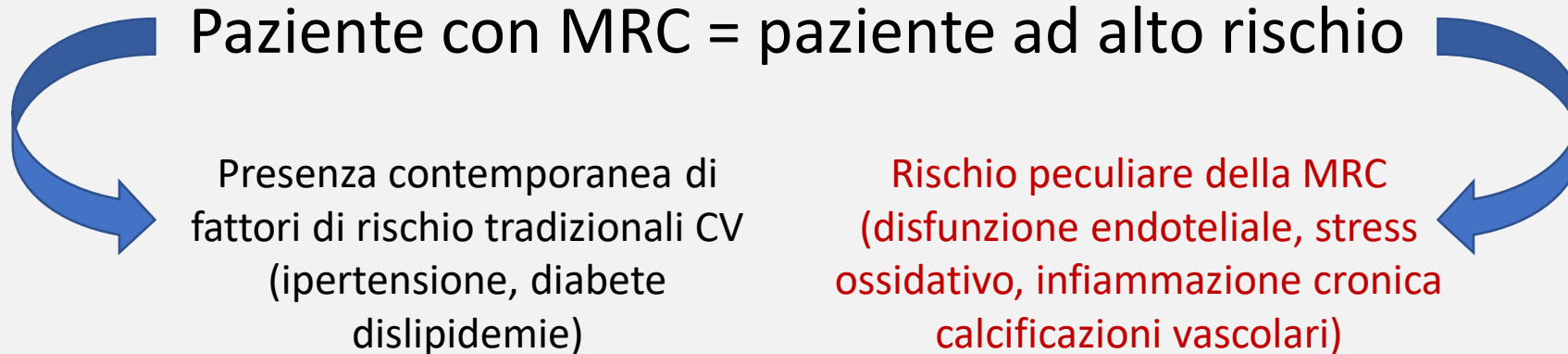
Rivista Società Italiana di Medicina Generale n. 2 • vol. 28 • 2021





Pericolosità della MRC

- Può essere il preludio della ESRD (End Stage Renal Disease)
- Amplifica il rischio di complicanze cardiovascolari (CV) anche agli stadi iniziali di malattia



La progressione della MRC non è un percorso obbligato verso ESRD (una parte di pazienti va incontro molto prima ad eventi fatali per complicanze CV, età e comorbidità)

Tra il IV° - V° stadio rischio di mortalità CV 2 -4 > alla popolazione generale
V stadio MRC > a 20 volte



Cos'è la pre-dialisi e a chi è rivolta



- Programma/percorso di educazione terapeutica (4 fasi)
 1. Analisi del bisogno
 2. Progettazione
 3. Attuazione
 4. Valutazione
- Follow up clinico personalizzato (nefrologico, multispecialistico, vaccinazione epatite B)
- Orientamento alla scelta terapeutica consapevole (terapia sostitutiva, trapianto pre-emptive, terapia conservativa, terapia palliative)
- Pazienti con MRC al IV – V stadio
- Orizzonte temporale da 3 a 12 mesi (late referral)



Team del pre-dialisi

Programma educativo **condiviso**

- Infermieri: RAV, dialisi peritoneale, trapianto
- Medico nefrologo
- **Dietista**
- **Assistente sociale**
- **Psicologo**
- **Mediatore culturale - linguistico**

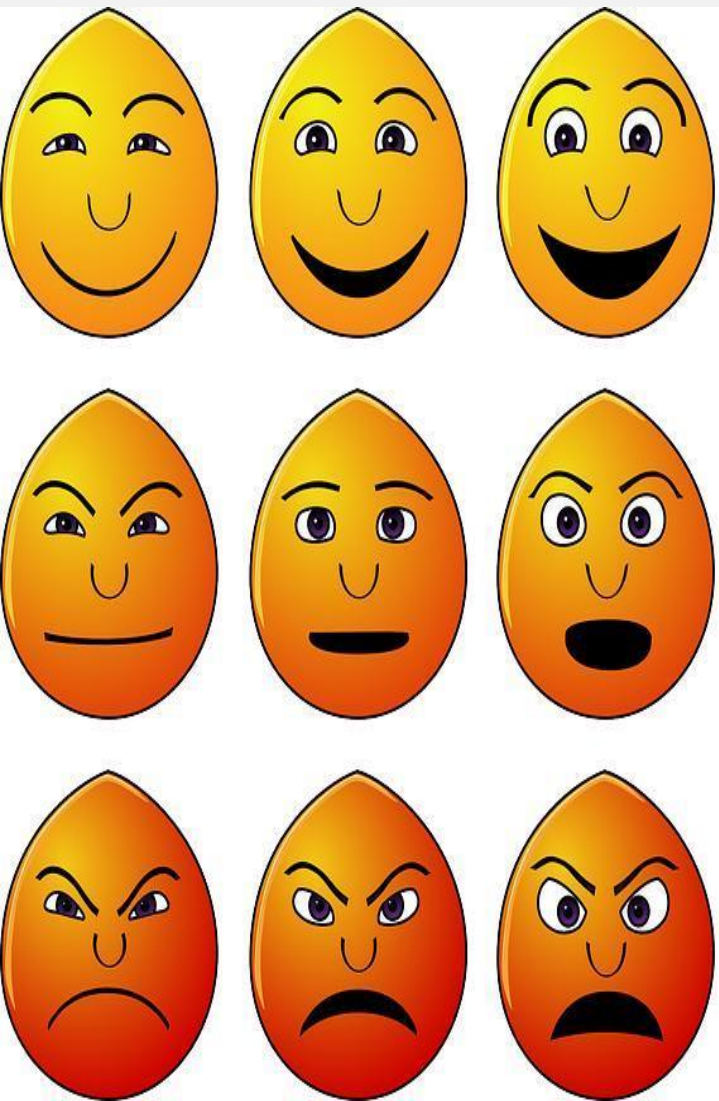





Chi è l'infermiere del pre-dialisi

- E' la figura professionale nel team che passa più tempo a contatto con il paziente e ha quindi una notevole possibilità di influenzare i comportamenti e gli atteggiamenti di quest'ultimo (Ku TK, et al., 2010)
- Il rapporto che instaura l'infermiere con il paziente e famiglia rappresenta un veicolo per lo sviluppo di fiducia, conforto, senso di rispetto e coinvolgimento nella gestione della malattia (Ku TK, et al., 2010)
- Personale funzionalmente e **stabilmente assegnato** con capacità e formazione specifica (gestione quasi totalmente infermieristica)





Il suo compito nell'assistere è comunicare

- La comunicazione efficace è la chiave di volta terapeutica all'interno della relazione (Tay LH et al. 2011) 
- La comunicazione è un processo a due vie in cui viene inviato un messaggio che deve essere correttamente ricevuto e compreso (Tay LH et al. 2011)
- Quando ciò si verifica il paziente acquista fiducia, si sente rispettato e coinvolto nel processo di cura e può esternare i propri sentimenti condizione ideale per il miglioramento dell'aderenza terapeutica e degli esiti di cura (Tay LH et al., 2011; Markova T et al. 2007)
- La comunicazione efficace tra infermiere e paziente può essere insegnata e sostenuta nel tempo e ne rafforza la collaborazione (Doss S et al. 2011)
- ***Essere presenti***

PATTO DI ALLEANZA TERAPEUTICA

«il buon comunicatore è responsabile al 100% dei risultati che ottiene o non ottiene»

La tendenza a giudicare gli altri è la più grande barriera alla comunicazione (Carl Ransom Rogers)

Percorso e scelta

Prevedere almeno 4 - 5 incontri con ritmo da identificare in base all'evoluzione della malattia per consentire:

- Scelta consapevole e motivata
- Programmazione dell'allestimento dell'accesso dialitico (FAV – CP)
- Preparazione al trapianto pre-emptive
- Adeguamento alla terapia conservativa
- Organizzazione delle cure palliative

Gli incontri prevedono contenuti precisi e ripartiti nelle varie sessioni di incontro ...
e condivisione con tutto il team per plasmare i successivi incontri ...

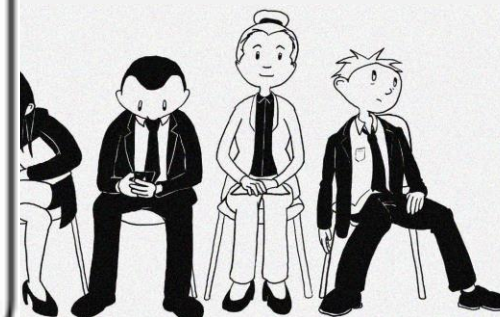


- ✓ Presentazio
- ✓ Informazio
- ✓ Compilazio
- ✓ Valutazione
n. telefonico

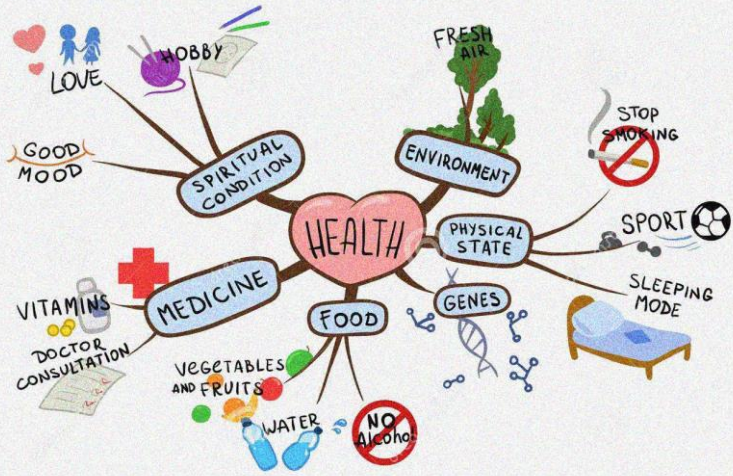
- ❖ Atteggiame
- ❖ Valutazione



KDOQI 6.10



2° incontro



- Informazioni generali sulla MRC
- Consegna di strumenti educativi (indicazioni dietetiche, farmacologiche, stile di vita)
- Verifica all'aderenza terapeutica



3° - 4° incontro

La presentazione dell'offerta dialitica prevede il meeting del team pre-dialisi per escludere eventuali trattamenti non idonei o inadeguati al paziente

- Presentazione dell'offerta dialitica, informazione dettagliata dei pro e contro
- Consegna materiale informativo/visualizzazione di filmati
- Coinvolgimento del coniuge, figli, caregiver
- Incontro con paziente/famiglia per ulteriori chiarimenti
- Incontro con pazienti già sottoposti a terapia sostitutiva per condivisione «alla pari»
- Visita in emodialisi/dialisi peritoneale

Gli incontri devono essere tempisticamente programmati considerando le paure e le ansie del paziente della famiglia e i tempi clinici (rischio di late-referral)

Statements: ESKD Life-Plan and Vascular Access Choice

- 1.1 KDOQI considers it reasonable that each patient with progressive CKD and/or with an eGFR 15-20 mL/min/1.73 m² or already on kidney replacement therapy should have an individualized ESKD Life-Plan that is regularly reviewed, updated, and documented on their medical record. (Expert Opinion)
- 1.2 KDOQI considers it reasonable to conduct an annual review and update of each patient's individualized ESKD Life-Plan, together with their health care team. (Expert Opinion)
- 1.3 KDOQI considers it reasonable that, in addition to regular monitoring, a minimum quarterly overall review and update of each patient's vascular access functionality, complication risks, and potential future dialysis access options be done together with their health care team. (Expert Opinion)

Aspetti che influenzano la scelta

❖ storia clinica

❖ bagaglio di conoscenze/esperienze



❖ aspetti di relazione familiare

❖ ruolo dei componenti

❖ situazione economica e lavorativa

❖ condizione abitativa



5° incontro

Scelta



Programmazione dell'accesso dialitico

Consegna di materiale informativo specifico (tecnica dialitica e relativo all'accesso)

Inserimento in lista d'attesa per trapianto renale



Scelta dialisi peritoneale

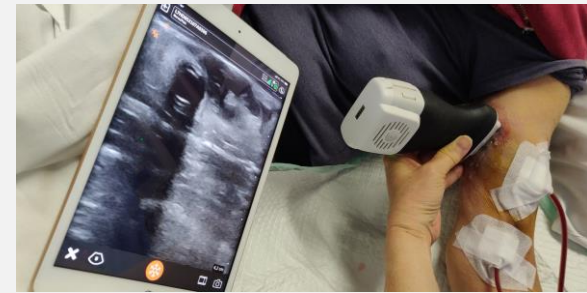
- ✓ Visita domiciliare
- ✓ Accordi per visita chirurgica
- ✓ Prelievi pre-operatori ed iter pre-operatorio (sierologia virale B – C – HIV, screening MRSA)
- ✓ Compilazione del consenso informato per l'intervento
- ✓ Marcatura del sito di uscita del catetere peritoneale (sito ideale per la medicazione e mantenimento)
- ✓ Consegna sapone antibatterico (Clorexidina) per doccia pre-intervento



When PD Is the Modality of Choice

- 6.8 KDOQI considers it reasonable and ideal to place a PD catheter at least 2 weeks before the anticipated need of the PD treatments. (Expert Opinion)
- 6.9 KDOQI considers it reasonable for an urgent PD catheter to be placed for immediate PD as necessary under the direction and care of experienced personnel in conducive environments. (Expert Opinion)

Scelta emodialisi



- ✓ Mapping pre-operatorio (nefrologo)
- ✓ Accordi per visita chirurgica vascolare
- ✓ Prelievi pre-operatori ed iter pre-operatorio (sierologia virale B – C – HIV screening MRSA per protesi vascolare e/o CVC)
- ✓ Compilazione del consenso informato per l'intervento
- ✓ Consegna sapone antibatterico (Clorexidina) per doccia pre-intervento

Nondialysis CKD Patients

6.6 KDOQI considers it reasonable that in nondialysis CKD patients with progressive decline in kidney function, referral for dialysis access assessment and subsequent creation should occur when eGFR is 15-20 mL/min/1.73 m². Earlier referral should occur in patients with unstable and/or rapid rates of eGFR decline (eg, >10 mL/min/year). (Expert Opinion)

Note: Nondialysis CKD patients include patients who have a failing transplant.

KDOQI Timing pre-dialisi



- 6.1 - i pazienti con $GFR < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ con progressivo declino della funzione renale devono essere educati su tutte le modalità di terapia sostitutiva
- 6.6 - i pazienti con CKD e progressivo declino della funzione renale necessitano della creazione dell' accesso dialitico quando il GFR è $15\text{-}20 \text{ ml/min}$, l'invio più precoce è necessario nei pazienti instabili o in rapido declino del $GFR > 10 \text{ ml/min/anno}$
- 6.8 - per i pazienti la cui scelta è la dialisi peritoneale è necessario il posizionamento del CP almeno 2 settimane prima dell'inizio del trattamento

E nel futuro? Peschiamo dal passato

- Salute «possibile» cioè lo stato di salute legato alle condizioni della persona
- Malattia vissuta con «al centro la PERSONA (illness)» non solo malattia incentrata sul caso clinico (disease)
- Analisi integrata dei bisogni del paziente non solo «razionalità teorica» e problemi squisitamente clinici
- Analisi delle risorse del contesto ambientale ovvero contesto fisico e socio-sanitario locale, fattori facilitanti e barriere
- Mantenimento e co-esistenza non solo guarigione
- Accompagnamento e non solo cura
- Risorse del paziente non solo risorse tecnico-professionali gestite dagli operatori
- Empowerment ovvero abilità a «fare fronte» alla cronicità e sviluppo della auto-gestione (self-care)
- Approccio multi-dimensionale e di team non solo medico-paziente
- Superamento di assistenza = erogazione di prestazioni = occasionale e frammentaria ma costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati, dinamici
- Presa in carico pro-attiva ed empatica non solo risposta assistenziale al bisogno
- «patto di cura» con paziente e care-giver non solo compliance alle prescrizioni terapeutiche



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di

Bolzano del 15 settembre 2016

👁️👁️ Sintesi dalla letteratura

- L'early referral si associa ad aumento della sopravvivenza dopo l'inizio del trattamento sostitutivo, riduzione della ospedalizzazione e aumento del numero pazienti che iniziano HD con accesso permanente [Stehman-Breen CO-2000](#)
- Il late referral è un fattore di rischio indipendente per morte precoce in dialisi [Schwenger V-2006](#)
- La DP è più frequentemente scelta dai pazienti early referral quindi il timing dell'avvio della cura nefrologica incide nella scelta dialitica [Cooper BA-2010](#)
- L'avvio del trattamento sostitutivo cronico con accesso temporaneo è correlato ad incremento di ospedalizzazione e della mortalità entro un anno dall'avvio della dialisi [Ann M. O'Hare-2011](#)
- Non esiste un'adeguatezza del periodo di pre-dialisi è comunque opinione comune che il periodo possa oscillare dai 3 ai 12 mesi, questi ultimi necessari per incentivare il trapianto pre-empive [Adeera Levin e la Canadian Society of Nephrology](#)

Influence of a pre-dialysis education programme (PDEP) on the mode of renal replacement therapy

Tony Goovaerts et al. Nephrol Dial Transplant. 2005 Sep.

Impact of Pre-Dialysis Care on Clinical Outcomes in Peritoneal Dialysis Patients

Dandara N Spigolon et al. Am J Nephrol. 2016.

Longer duration of predialysis nephrological care is associated with improved long-term survival of dialysis patients

Paul Jungers, Ziad A Massy, Thao Nauven-Khoa, Gabriel Choukroun

Nephrology Dialysis Transplantation 16 (12), 2357-2364, 2001

Key elements in selection of pre-dialysis patients for home dialysis

Anna A Bonenkamp et al. Perit Dial Int. 2021 Sep.

American Journal of Kidney Diseases
Volume 42, Issue 4, October 2003, Pages 693-703

Original investigation: pathogenesis and treatment of kidney disease and hypertension

Predialysis psychoeducational intervention and coping styles influence time to dialysis in chronic kidney disease

Gerald M Devins PhD ^{a, b} ... Yitzhak M Binik PhD ^{d, e}