



## ***Stato dell'Arte Infermieristica in Area Nefrologica***

**Corso di aggiornamento interregionale 2019**

**Basilicata, Campania, Puglia**

**Matera, 12 e 13 ottobre 2019**

# **L'importanza della prevenzione, MMG e Nefrologo: documento di indirizzo per la malattia renale cronica.**

Dr. Prof. Antonio Santoro

Dipartimento delle Insufficienze d'Organo e dei Trapianti

Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

## **Introduzione**

La malattia renale cronica (MRC) è definita come “una condizione di alterata funzione renale che persiste per più di 3 mesi” ed è classificata in 5 stadi di crescente gravità. In realtà lo stadio 3 è suddiviso in 3A e 3B perché ritenuto troppo ampio nella sua accezione primitiva e poco caratterizzante quindi la progressione di malattia. I dati epidemiologici derivati dalla National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III) dimostrano che la MRC è una patologia molto diffusa nel mondo, con una prevalenza crescente nella popolazione generale. Si tratta di dati allarmanti che destano molta preoccupazione anche tra i Paesi dell'Unione Europea. Questo fenomeno è osservato uniformemente a livello mondiale e si stima oggi che circa il 10% della popolazione sia dei paesi sviluppati che di quelli in via di sviluppo, sia affetto da MRC, che nella maggior parte dei casi misconosciuta. I motivi di questo incremento, che alcuni sistemi sanitari viene definito come “epidemico”, sono numerosi:

- l'invecchiamento della popolazione contribuisce a far emergere un numero crescente di soggetti con riduzione della funzione renale, anche solo come conseguenza fisiologica legata all'“invecchiamento del rene” (ageing kidney);
- l'aumentata prevalenza nella popolazione generale di condizioni cliniche caratterizzate da un elevato rischio di manifestare un danno renale, (quali il diabete mellito di tipo II, la sindrome metabolica, l'ipertensione arteriosa, l'obesità, la dislipidemia) e l'aumentata sopravvivenza dei pazienti;
- la maggiore attenzione che viene posta alla diagnosi di tale patologia, facilitata dalla disponibilità di strumenti diagnostici semplici, affidabili e di basso costo.

- la cosiddetta mortalità competitiva che comporta grazie ai progressi nella terapia di alcune patologie il sopraggiungere di altre. Esempio tipico di questo fenomeno nei riguardi della MRC è che dopo i successi della rivascolarizzazione primaria per infarto miocardico aumenta il rischio di sviluppare una MRC (compromissione emodinamica, tossicità del mezzo di contrasto, ecc).

Non vi è dubbio che la via migliore, per arginare la marea crescente di MRC sia quella basata sulla prevenzione in tutte le sue articolazioni al fine di impedirne l'insorgenza, ritardarne la progressione e ridurre il peso e la gravità delle condizioni co-morbide. E' per queste ragioni che nel 2014 abbiamo realizzato, come Società di Nefrologia insieme con il ministero della Salute, il "Documento di Indirizzo della Malattia Renale Cronica", che è stato prodromico alla realizzazione del Piano Nazionale sulla cronicità delle malattie renali croniche.

## **Prevenzione della Malattia Renale Cronica (MRC)**

Si intende per *prevenzione* l'insieme di tutte le azioni, sanitarie e non, finalizzate ad evitare o ritardare l'insorgenza di patologie o delle loro complicanze. Le azioni di prevenzione devono coinvolgere non solo il settore sanitario, ma anche tutti gli attori che possono contribuire a prevenire quell'evento morboso.

La prevenzione della MRC si colloca in generale nel contesto della prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili [MCNT - malattie cardiovascolari (MCV), diabete, malattie polmonari croniche, tumori], che rappresentano il principale problema di sanità pubblica a livello mondiale, in quanto prima causa di morbosità, invalidità e mortalità, con conseguenti danni umani, sociali ed economici elevati (HEALTH 2020). La MRC ha un forte impatto sulla salute sia come malattia in quanto tale sia come complicanza di altre MCNT: i pazienti con MRC hanno un rischio CV 10-20 volte maggiore rispetto alla popolazione generale, così come il paziente con MCV ha un aumentato rischio di sviluppare la MRC. Quindi la relazione tra malattie cardiache e MRC è un processo a due vie (sindrome cardio-renale): l'insufficienza renale provoca morbilità cardiaca e l'insufficienza cardiaca provoca disfunzione renale.

La MRC, pertanto, si avvale e si avvantaggia di tutte le strategie di prevenzione delle MCNT: in termini di prevenzione primaria, si può agire tramite interventi diretti alla modificazione dei fattori di rischio, e in termini di prevenzione secondaria con l'identificazione precoce della patologia, nella prospettiva dell'attuazione di misure di intervento multifattoriale, che includano modifiche dello stile di vita e interventi terapeutici specifici.

In tale ottica, diventa cruciale stabilire quale sia la popolazione da inserire in programmi di diagnosi precoce della MRC.

Nell'ambito di questo percorso assumono, inoltre, particolare importanza altri due fattori: la definizione dei registri di patologia e la strutturazione della rete organizzativa delle strutture specialistiche, che saranno trattati in altre parti di questo documento.

## **Strategie di prevenzione**

La prevenzione primaria e quella secondaria (diagnosi precoce) della MRC vanno differenziate a seconda che si tratti di prevenire le *malattie renali specifiche* o quelle secondarie a MCNT (*nefroangiosclerosi e nefropatia diabetica*).

### **Prevenzione primaria**

**La prevenzione primaria delle m. renali specifiche** si basa sulla consulenza del genetista in alcune malattie ereditarie, sull'uso accorto dei farmaci potenzialmente nefrotossici, sull'uso di dosi moderate

di mezzo di contrasto iodato, in particolare nel paziente anziano e/o diabetico e, infine, sull'evitare manovre invasive intra-arteriose, non strettamente necessarie, soprattutto in presenza di aterosclerosi grave dell'aorta addominale. Per alcune nefropatie a patogenesi immunologica non è possibile attuare una prevenzione primaria.

La **prevenzione primaria della nefroangiosclerosi e della nefropatia diabetica** si identifica con la prevenzione primaria delle MCNT che nel nostro Paese si avvale di due importanti strategie: il programma “*Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari*” (DPCM del 4 maggio 2007) e i Piani Nazionali della Prevenzione, secondo i principi della “Health in all policies”. Tale approccio è sostenuto anche dal “Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013–2020”, approvato di recente dall’OMS.

L’Italia partecipa, inoltre, al programma internazionale *World action on salt and health* con il progetto della Società italiana di nutrizione umana (Sinu) “Meno sale e più salute ... contro l’ipertensione e le malattie cardiovascolari” con l’obiettivo di informare e orientare i cittadini verso la scelta di alimenti meno ricchi di sale.

Le MCNT hanno in comune alcuni *fattori di rischio* legati, in gran parte, a comportamenti non salutari individuali *modificabili*, ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora. Fumo, abuso di alcol e sostanze illegali, dieta scorretta e inattività fisica sono comportamenti non salutari che si instaurano spesso già durante l’infanzia o l’adolescenza. Per contrastare tali comportamenti, bisogna programmare azioni di promozione della salute che siano dirette non soltanto a rinforzare le capacità dei singoli ma anche mirate a incentivare e favorire quelle condizioni sociali, economiche e ambientali che garantiscano uno stato di salute migliore.

Le MCNT sono legate, poi, a quelle condizioni che, pur non rappresentando ancora una patologia conclamata ed essendo asintomatiche o paucisintomatiche, sono da considerarsi *fattori di rischio intermedi* (iperglicemia, ipertensione, dislipidemia, etc); tali condizioni già di per se vanno considerate patologiche, ma se diagnosticate e trattate in tempo sono ancora, almeno in parte, reversibili. Inoltre spesso si tratta di condizioni tra loro associate, fatto che di per sé rappresenta un fattore di moltiplicazione del rischio.

È necessaria, quindi, una strategia complessiva di prevenzione che comprenda un intervento multisettoriale e un’azione su fattori di rischio e determinanti.

Per ridurre le morti premature, la morbosità e la morbilità che le MCNT comportano, nonché limitare le disuguaglianze causate da condizioni sociali ed economiche in cui vivono determinati strati della popolazione e che influiscono sullo stato di salute, è essenziale adottare un approccio trasversale per determinanti e strategie complessive che coinvolga tutti i livelli interessati, dalle comunità ai responsabili politici.

Vanno, in particolare, adottate *strategie* che mirino:

- a **contrastare i fattori di rischio modificabili**, creando ambienti che promuovano salute, con la finalità di *prevenire l’insorgenza delle MCNT*
- **alla diagnosi precoce**, attraverso *l’identificazione di quelle condizioni che rappresentano i fattori di rischio intermedi*; in questo modo si incoraggia chi ha un rischio basso a mantenerlo tale, si promuovono cambiamenti dello stile di vita che possono ridurlo o, quando necessario, si attivano *percorsi terapeutico - assistenziali* per la presa in carico dei soggetti in condizione di rischio aumentato per MNCT.

### **Diagnosi precoce**

La prevenzione della MRC progressiva e quindi dell’insufficienza renale terminale si identifica, nella maggioranza dei casi, con la **diagnosi precoce** dell’evento morboso renale, attuabile mediante l’uso di esami semplici e poco costosi, quali un esame delle urine o una creatininemia. L’insulto patogeno iniziale non è, infatti, l’unica causa della MRC progressiva, che spesso diventa tale solo quando un numero significativo di glomeruli è stato distrutto fino ad arrivare ad un “punto di non ritorno”. Poiché gli interventi ritenuti efficaci andrebbero effettuati prima della fase non più reversibile, è

fondamentale l'identificazione della popolazione a rischio.

Per quanto riguarda la *diagnosi precoce delle malattie renali specifiche*, essendo spesso asintomatiche, bisogna tener conto della forte familiarità di tali malattie e praticare periodicamente un esame urine e una valutazione del filtrato glomerulare a tutti i familiari/consanguinei dei soggetti con MRC già diagnosticata o sottoposti a dialisi o trapianto. Ad esempio ai parenti di soggetti con calcolosi renale sarebbe utile praticare anche un'ecografia renale.

Per quanto riguarda la *diagnosi precoce di tutte le altre forme di MRC* è necessario identificare i soggetti che presentino almeno uno dei seguenti fattori di rischio: diabete, ipertensione, malattia cardiovascolare, anomalie anatomiche dei reni e vie urinarie, ipertrofia prostatica, m. multi sistemiche con potenziale coinvolgimento dei reni (LES), anamnesi familiare di MRC, riscontro occasionale di ematuria o proteinuria; in assenza dei summenzionati fattori di rischio, età, sesso, etnia e obesità non sono indicatori di rischio per consigliare il test.

Nel caso di identificazione precoce di MRC, la persona va indirizzata ad un percorso diagnostico-terapeutico, che si basa sul miglioramento degli stili di vita (in particolare dieta a basso contenuto di sale, con l'apporto proteico consigliato dalle linee guida nazionali per una sana alimentazione) e sul trattamento delle eventuali patologie concomitanti, pertanto inizialmente non prevede costi aggiuntivi.

### **Prevenzione della progressione della MRC**

La stessa insufficienza renale può indurre la comparsa di fattori patogeni (anemia, resistenza all'insulina, iperattività simpatica, iperuricemia, alterazioni del metabolismo calcio/fosforo) in grado di amplificare il danno vascolare e/o metabolico. L'identificazione dell'alterazione renale permette quindi di isolare, nell'ambito dei soggetti a rischio, una sottopopolazione particolarmente suscettibile a sviluppare sia una malattia renale progressiva siaad eventi cardiovascolari mortali.

Per la *prevenzione dell'ulteriore progressione della MRC* nella popolazione con diagnosi certa è necessario definire specifici percorsi assistenziali al fine di realizzare programmi di gestione integrata della malattia che vedono coinvolti i medici di medicina generale, gli altri specialisti ed un personale infermieristico specializzato nelle problematiche che insorgono nel corso della insufficienza renale

### **Azioni**

Per poter realizzare azioni mirate alla prevenzione della MRC è necessario programmare interventi di salute pubblica che abbiano l'obiettivo di:

- migliorare le conoscenze della popolazione riguardo all'adozione di corretti stili di vita, con particolare riguardo alla riduzione del sale, ( in questa azione può essere utile il supporto di un adietista o di personale infermieristico specializzato)
- formare i MMG, i PLS, gli specialisti e il personale sanitario al fine di identificare precocemente i soggetti in condizione di rischio aumentato per MRC nella popolazione e che devono essere indirizzati verso adeguati percorsi di presa in carico
- identificare precocemente i soggetti allo stadio 1, 2 e 3a con i semplici test diagnostici come la creatininemia, la misura del filtrato glomerulare, la microalbuminuria, la proteinuria.
- costruire registri di patologia in accordo con la normativa nazionale.

Quello che deve essere chiaro che una prevenzione efficace deve comprendere diversi attori che vanno dalla componente medica, a quella infermieristica, alle dietiste, ma anche al personale insegnante nelle scuole dell'obbligo dove si deve diffondere la cultura della prevenzione.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Levey AS, Bosch JP, Lewis JB et al. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Ann Intern Med 1999; 130: 461-470.

- 2.Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC et al. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. *Hypertension* 2003; 42: 1050–1065.
- 3.Baigent C, Burbury K, Wheeler D. Premature cardiovascular disease in chronic renal failure. *Lancet* 2000; 356: 147–152.
- 4.Marcus Gomes Bastos, Gianna Mastroianni Kirsztajn. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *J Bras Nefrol* 2011; 33(1):74-87.
- 5.KDIGO Summary of recommendation statements. *Kidney Int* 2013; 3(Suppl):5.