

L'ASSISTENZA DOMICILIARE DEL GRANDE ANZIANO CON MALATTIA RENALE CRONICA

Mingarelli Maurizio

A.S.L. Bari Ambulatori di Nefrologia Distrettuale

Background

Il numero di pazienti con età superiore ai novanta anni è in costante aumento in Italia per l'incremento dell'età media della popolazione. Questa condizione epidemiologica comporta l'insorgenza di un numero sempre maggiore di questi grandi anziani che presentano disfunzione renale non solo correlata al fisiologico invecchiamento, ma anche a patologie sistemiche, quali le cardiopatie, l'ipertensione arteriosa e il diabete. La presenza di queste varie co-morbidity, unite ad un frequente stato clinico generale di "anziano-fragile" per la concomitante presenza di altre patologie e alle sempre più complesse problematiche socio-familiari, rendono spesso difficile a questi pazienti l'accesso agli ambulatori di nefrologia ospedaliera o distrettuale, sia su indicazione del medico di Medicina Generale che richiede una valutazione nefrologica, sia in un percorso di follow-up che fa seguito ad un ricovero in una unità nefrologica ospedaliera. Il ricorso alle normative nazionali, da molti anni consolidate, in merito alla assistenza domiciliare da parte degli specialisti ambulatoriali che operano nei Poliambulatori dei Distretti Socio-Sanitari delle A.S.L. sul territorio consente, in ambiente nefrologico, di gestire queste esigenze cliniche con efficacia e in modo sempre più crescente.

Materiali e metodi

Il presente studio osservazionale di assistenza nefrologica domiciliare si è svolto per sei mesi nel gennaio - giugno 2016. Sono stati sottoposti a controllo nefrologico domiciliare 36 pazienti con malattia renale cronica in terapia conservativa di età compresa tra i 90 e i 102 anni (M 93 ± 152) (gruppo over 90), di cui 24 femmine e 12 maschi, con un frequenza media di 2 - 3 visite nel periodo di osservazione, a seconda delle singole richieste di visita domiciliare da parte del M.M.G. La residenza dei pazienti era così distribuita: 24 pazienti risiedevano in famiglia (il 76% dei maschi e il 64% delle femmine) e 8 pazienti risiedevano in una R.S.S.A. (il 24% dei maschi e il 36% delle femmine). Sono stati valutati lo stadio di funzione renale mediante calcolo del eGFR con formula CKD/EPI, la presenza di co-morbidity quali patologie cardio-vascolari, ipertensione arteriosa, ipotiroidismo, anemizzazione correlata alla malattia renale cronica con relativa terapia e terapia dietetica aproteica. Queste osservazioni sono state correlate ad una analoga popolazione di controllo (gruppo under 90) con età compresa tra i 80 e 85 anni (M 83 ± 97) durante lo stesso periodo di osservazione e con la determinazione degli stessi parametri.

Risultati

Al termine del periodo di osservazione sono state documentate le seguenti evidenze. Lo stadio di funzione renale era così distribuito: 5° stadio 14% nel gruppo over 90 vs 0% nel gruppo under 90, 4° stadio 53% nel gruppo over 90 vs 70% nel gruppo under 90, 3° stadio 33% nel gruppo over 90 vs 30% nel gruppo under 90. I pazienti ipertesi 66% nel gruppo over 90 vs 70% nel gruppo under 90. I pazienti con ipotiroidismo 17% nel gruppo over 90 vs 20% nel gruppo under 90. I pazienti con iperuricemia in trattamento 21% nel gruppo over 90 vs 30% nel gruppo under 90.

I pazienti con anemia in trattamento ESA + ferro orale + folati 30% nel gruppo over 90 vs 10% nel gruppo under 90. I pazienti con anemia in trattamento solo con ESA 8% nel gruppo over 90 vs 12% nel gruppo under 90. I pazienti con anemia in trattamento solo ferro orale + folati 8% nel gruppo over 90 vs 11% nel gruppo under 90. I pazienti con cardiopatia 21% nel gruppo over 90 vs 11% nel gruppo under 90. I pazienti in dieta aproteica 0.6 gr/kg/die di proteine e 30 kcal/kg/die 8% nel gruppo over 90 vs 13% nel gruppo under 90. Le differenze evidenti che sono emerse dal raffronto di quanto riscontrato nel gruppo di grandi anziani (gruppo over 90) verso il gruppo di controllo (gruppo under 90) sono riassunte nel modo seguente. I grandi anziani del gruppo over 90 presentano una assoluta prevalenza di soggetti al 5° stadio e una minore prevalenza di soggetti al 4° stadio, una incidenza del 30% in più di cardiopatie e di iperuricemie in trattamento, una incidenza

tripla di soggetti che necessitano del trattamento anti-anemico con la associazione ESA – ferro orale – folati, e un ricorso alla terapia dietetica anzotata solo nel 35% dei casi.

Discussione

La significatività clinica di questo tipo di assistenza nefrologica e' costituita dalla possibilità di monitorare a casa pazienti che, dopo vari periodi di monitoraggio nefrologico ospedaliero o distrettuale oppure dopo la dimissione da UU.OO. Ospedaliere nefrologiche ma anche non nefrologiche, andrebbero sicuramente persi per la loro impossibilità di afferire nuovamente alle strutture nefrologiche tradizionali. Tali pazienti, le cui componenti cliniche nefro-geriatriche diventano diverse fin dal compimento nel novantesimo anno di età , non avrebbero la necessaria terapia conservativa indispensabile per non arrivare alla esigenza di sopravvivenza di un trattamento dialitico che comunque sarebbe notevolmente rischioso per la loro stessa sopravvivenza per le note componenti cardio-ematiche. Questa terapia conservativa “salvavita” trova due principali componenti. La dieta iproteica nei soggetti al 5' stadio, dove il rapporto costo-beneficio è a favore di una dieta che riduca al massimo lo stress emodinamico glomerulare vs il rischio di malnutrizione cosa che è diametralmente opposta nei soggetti al 4' stadio. La terapia anti-anemica, rivolta al raggiungimento del target di Hb 12 gr/dl, allo scopo di contrastare condizioni di ipossia miocardica e del microcircolo cerebrale, anche se tale percorso terapeutico esige l'associazione agli ESA di terapia marziale orale e soprattutto folati, a causa della ridotta risposta del midollo osseo e della alta soglia eritropoietinica in questi soggetti grandi anziani. Si ribadisce inoltre che entrare nella vita ambientale e familiare di questi pazienti consente anche di vigilare e, se occorre, correggere, gli errori igienico-sanitari e di gestione della terapia da parte di chi si occupa di assistere il paziente. I limiti evidenti di questo studio e dell'intero processo di gestione nefrologica “allargata” del grande anziano, sono dovuti alla attuale organizzazione degli accessi del nefrologo al domicilio di questi pazienti , poichè non esiste ancora un organico collegamento operativo con la Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) e pertanto l'accesso deve essere ogni volta richiesto dal M.M.G. e autorizzato dal D.S.S. competente per territorio per ogni singola occasione. Non è stato pertanto possibile definire un outcome a sei mesi in questo studio in quanto l'eventuale exitus non viene comunicato ufficialmente al nefrologo , così come l'assenza di un “data manager” non consente la stesura di un efficace “database”.

Conclusioni

L'assistenza domiciliare del grande anziano con malattia renale cronica resta comunque l'unica metodologia rivolta a ritardare e contenere l'evoluzione verso l'uremia cronica terminale di soggetti altrimenti non controllabili e gestibili. Lo sviluppo di future assistenze domiciliari corredate in modo più ampio da sistemi informatici e reti di monitoraggio e diagnosi “on line”, renderà ancora più completo ed efficace il lavoro attualmente svolto.