



OSPEDALE
"CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Opera di San Pio da Pietrelcina



SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA
SEZ. APULO-LUCANA

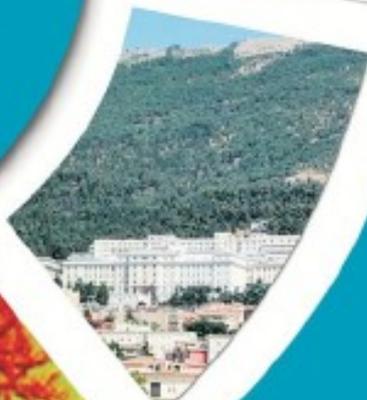
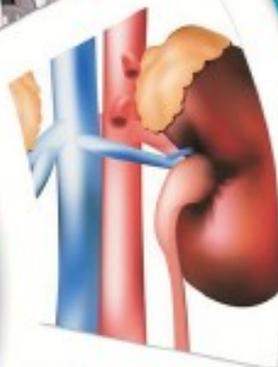
XXXIII

Convegno Interregionale

XXI

Corso di aggiornamento
Interregionale
Personale Infermieristico
e Tecnico di Dialisi

San Giovanni Rotondo (FG)
30 settembre - 1 ottobre 2016
Centro di Spiritualità Padre Pio



DIABETE E NEFROPATIE:

**POSSIBILI INTERVENTI
PREVENTIVI**

ANNAMARIA GENTILE

**UOC DI NEFROLOGIA E DIALISI
OSPEDALE "A. PERRINO"
BRINDISI**

PATOLOGIA RENALE CRONICA

Si parla di Insufficienza Renale Cronica quando si verifica una riduzione graduale e irreversibile della funzione renale per un periodo non inferiore a tre mesi. La diagnosi prevede la valutazione clinica e di laboratorio con la misurazione della filtrazione glomerulare (< 60 ml/min/1,73m²), della creatinina, dell'azotemia, alterazioni del sedimento urinario e alterazione dei test di diagnostica strumentale. Sono i valori del filtrato glomerulare che definiscono lo stadio dell'insufficienza renale di un individuo.

STADIO	DESCRIZIONE del danno renale	VFG (ml/min/1,7m ²)
1	Funzione normale o aumentata	>90
2	Lieve compromissione funzionale	89-60
3a		59-45
3b	Compromissione funzionale moderata	44-30
4	Compromissione funzionale grave	29-13
5	Insufficienza renale terminale	<15 (o dialisi)

DIABETE

Il diabete mellito (DM), comunemente definito diabete, è un gruppo di malattie metaboliche che hanno come manifestazione principale un aumento delle concentrazioni ematiche di glucosio (iperglicemia) (Definizione OMS)

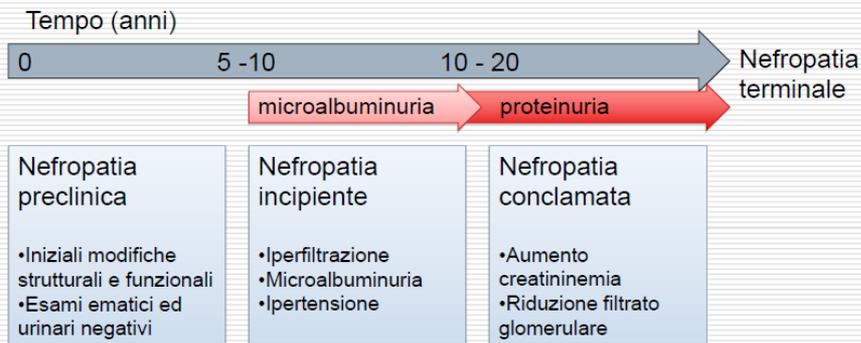
- Diabete tipo 1 È causato da distruzione beta-cellulare, su base autoimmune o idiopatica, ed è caratterizzato da una carenza insulinica assoluta; la variante LADA, (Latent Autoimmune Diabetes in Adult), ha decorso lento e compare nell'adulto.
- Diabete tipo 2 È causato da un deficit parziale di secrezione insulinica, che in genere progredisce nel tempo ma non porta mai a una carenza assoluta di ormone e che si instaura spesso su una condizione, più o meno severa, di insulinoresistenza su base multifattoriale

NEFROPATIA DIABETICA

È una sindrome clinica caratterizzata da albuminuria persistente (> 300 mg/24h), da un inesorabile deterioramento della funzione renale e da ipertensione arteriosa. Mentre il primo segno di nefropatia diabetica è l'albuminuria, il primo sintomo è l'edema periferico. La ritenzione idrica spesso si manifesta precocemente nel decorso di questa malattia renale, quando ancora la funzione renale è ben conservata e l'albumina sierica è soltanto lievemente ridotta.

Storia naturale della ND

20-40% dei diabetici



➤ La microalbuminuria rappresenta il più precoce marcatore di nefropatia diabetica ma anche il più significativo dal punto di vista prognostico

➤ La microalbuminuria è considerata lo stadio più precoce della nefropatia diabetica nel diabete di tipo 1

➤ È considerata un marcatore di sviluppo nel diabete di tipo 2

➤ La microalbuminuria è un ben noto fattore di rischio cardiovascolare

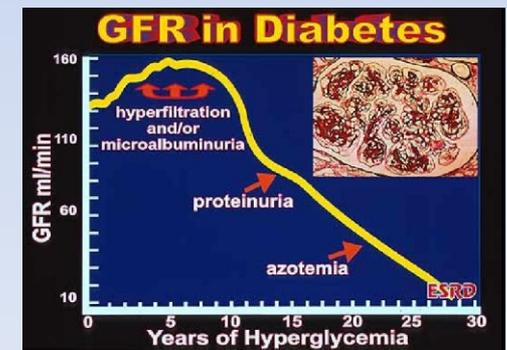
STORIA NATURALE DELLA ND

- Dopo 10-15 anni dalla diagnosi 20-40% dei Diabetici tipo 1 e 2

presenta microalbuminuria

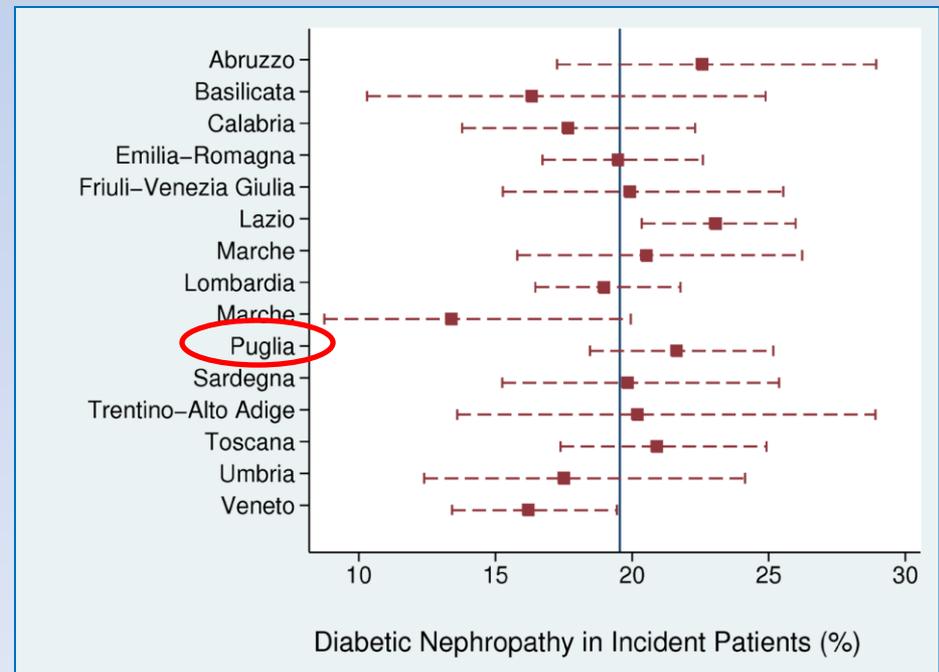
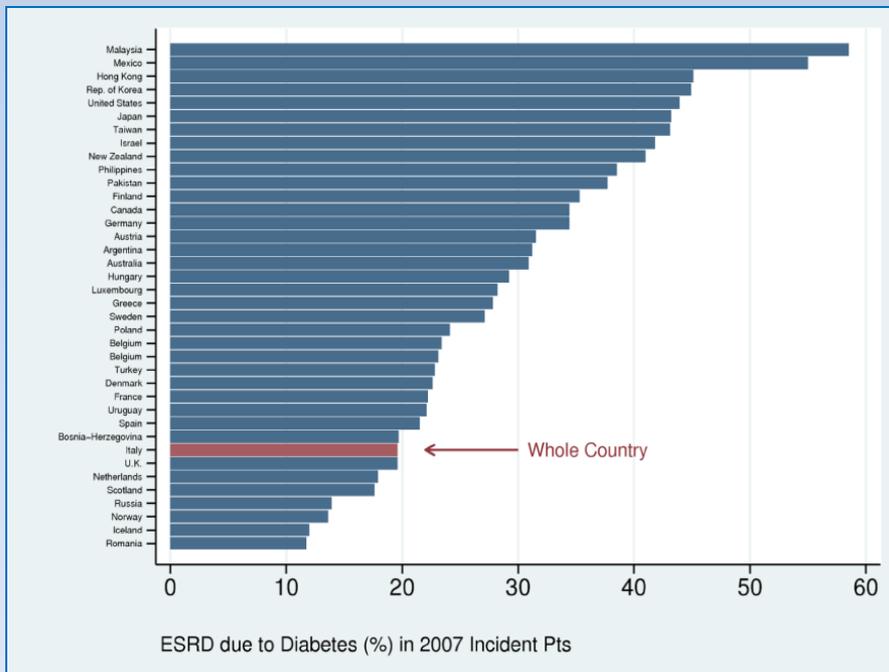
- Di questi se non trattati 80-100% dei diabetici tipo 1
20-40% dei diabetici tipo 2

va incontro a ND conclamata



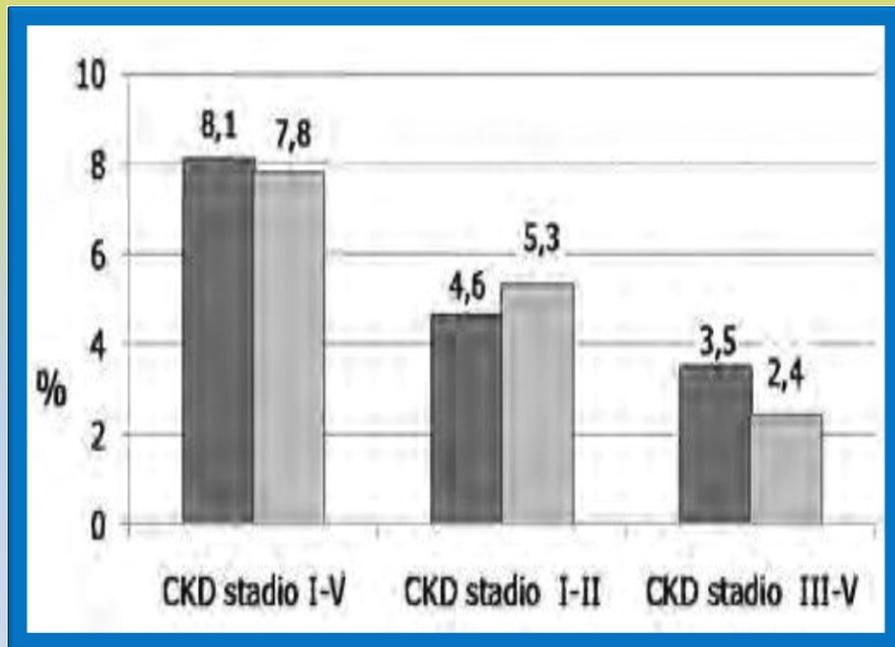
EPIDEMIOLOGIA

- ❖ La nefropatia diabetica si manifesta nel 20-40% dei pazienti diabetici ed è la principale singola causa di Insufficienza Renale Cronica.
- ❖ In Italia, il diabete è causa, ogni anno, di circa il 20% dei nuovi casi di insufficienza renale (ESRD, End-Stage Renal Disease).
- ❖ In Italia, il diabete è secondo (25,3%) solo all'ipertensione (34,3%) quale condizione di comorbilità nei casi incidenti di ESRD.
- ❖ La microalbuminuria è sia lo stadio più precoce della nefropatia diabetica che il più importante marcatore di rischio di nefropatia.

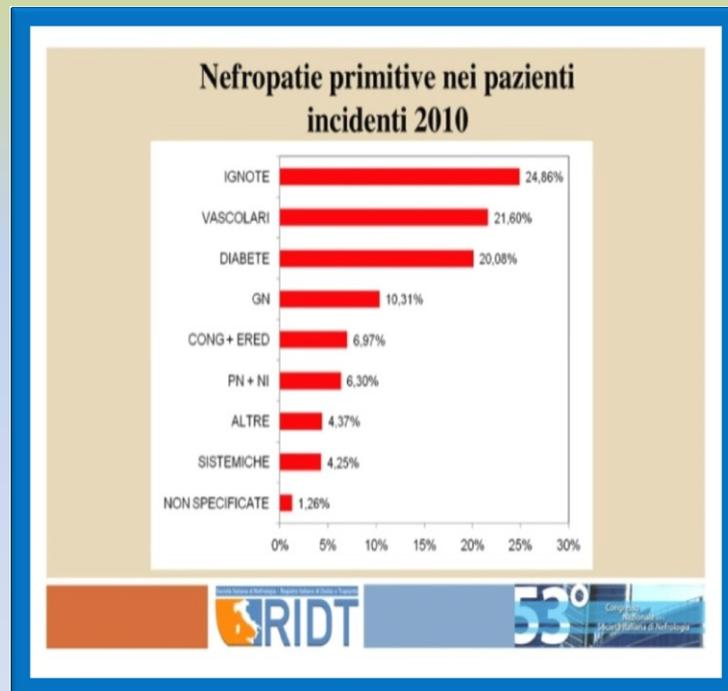


EPIDEMIOLOGIA

Prevalenza CKD in Italia



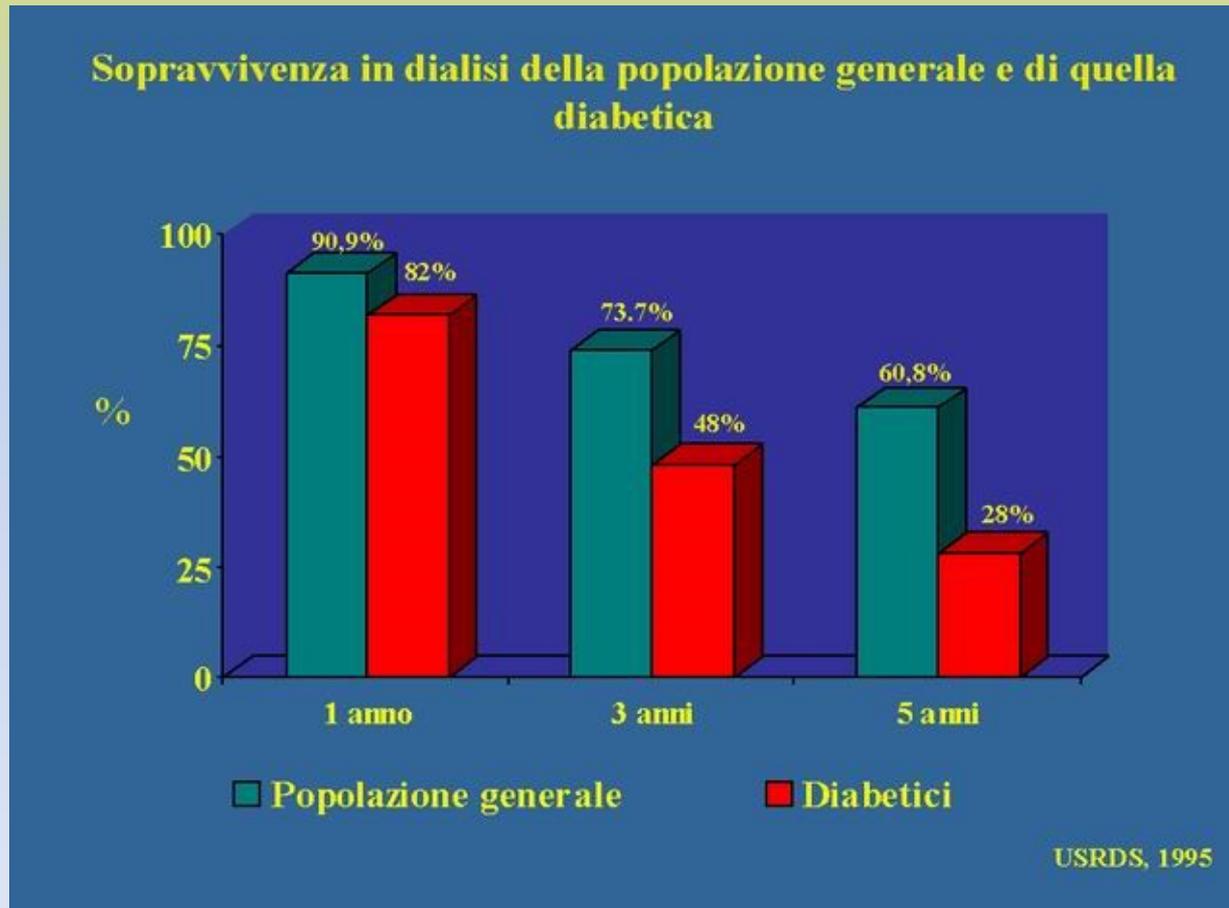
De Nicola, L., & Donfrancesco, C. (2011). *Epidemiologia della malattia renale cronica in Italia: stato dell'arte e contributo dello studio CARHES*.



Tratto da: RIDT Registro Italiano di Dialisi e Trapianto

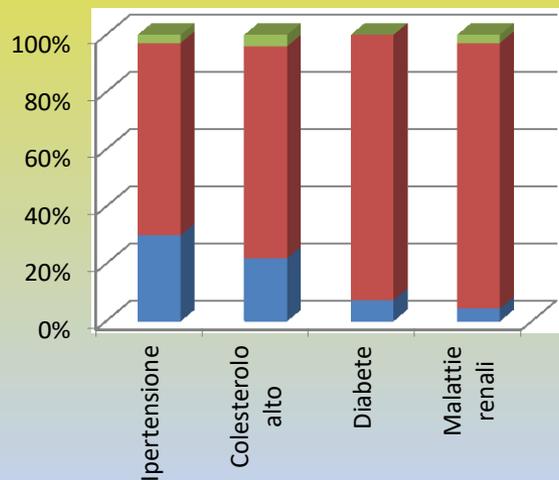
EPIDEMIOLOGIA IN DIALISI

La mortalità aumenta con gli anni di dialisi: il tempo di dialisi ha un impatto negativo sulla sopravvivenza del paziente diabetico

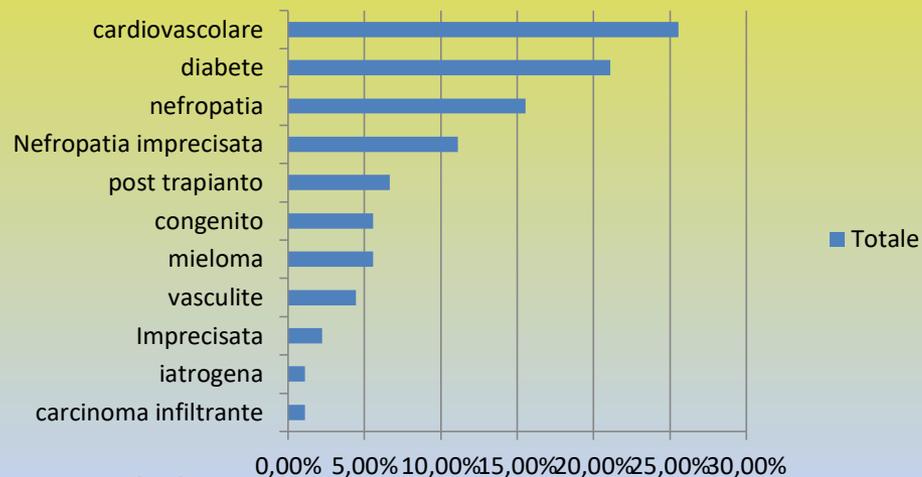


EPIDEMIOLOGIA BRINDISI 2012

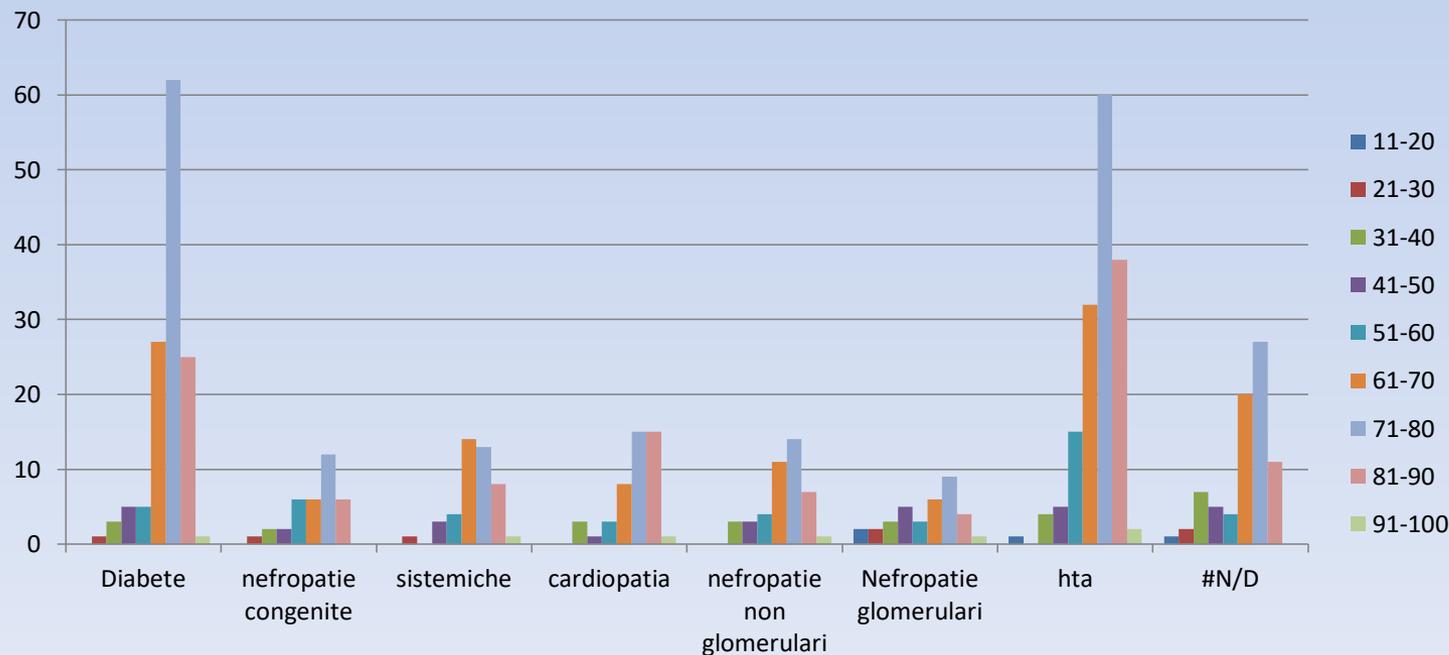
PATOLOGIE



Patologie dei pazienti dializzati



Patologie ed età dei pazienti ambulatoriali



FATTORI DI RISCHIO PER LA PROGRESSIONE E LO SVILUPPO DELLA NEFROPATIA DIABETICA

MODIFICABILI

- Scarso controllo glicemico
- Ipertensione arteriosa
- Microalbuminuria
- Eccessiva assunzione di proteine
- Durata della malattia
- Fumo
- Dislipidemia



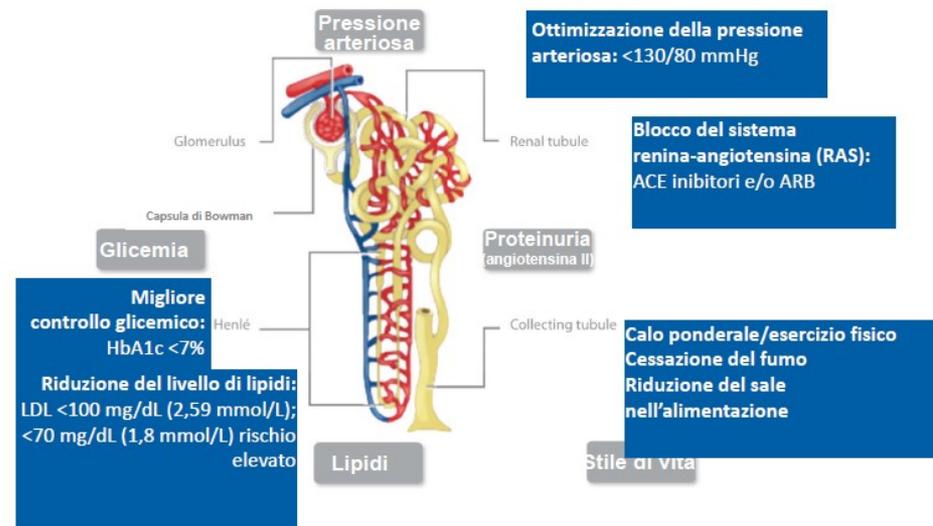
I diabetici presentano spesso un assetto lipidico alterato. Inoltre l'adiposità determina insulino resistenza.

La sindrome metabolica e l'insulino resistenza rappresentano fondamentali momenti patogenetici della nefropatia diabetica

NON MODIFICABILI

- Sesso maschile
- Razza nera
- Familiarità per ipertensione
- Patologie cardiovascolari
- nefropatie
- Polimorfismi genetici

L'intervento multifattoriale precoce è renoprotettivo e cardioprotettivo¹⁻⁵



1. Perkins BA, et al. *N Engl J Med* 2003;348:2285-93. 2. Gerstein HC, et al. *JAMA* 2001;286:421-6. 3. Jude AE et al. *QJM* 2002;95:371-377; 4. National Kidney Foundation. *Am J Kidney Dis*. 2007;49(Suppl 2):S42-61. 5. American Diabetes Association. *Diabetes care* 2004;27(Suppl 1):S79-S83.

PREVENZIONE

PREVENZIONE PRIMARIA

(CONTROLLARE I FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI E INDIVIDUALI, STILI DI VITA)

- Accurato controllo glicemico: HbA1c < 7.5%
- Necessario ridurre sovrappeso, apporto sodico e di alcool e abolire il fumo
- PA \geq 130/80 mmHg

PREVENZIONE SECONDARIA

(DIAGNOSI ANTICIPATA CHE PREVIENE LA SINTOMATOLOGIA)

- Controllo glicemico, con valori di HbA1c < 7.5%
- P.A. ottimale: 120/75 mmHg [< 50 anni] <130/80 mmHg [\geq 50 anni]
- Compliance terapeutica
- Controllo dislipidemia, terapia antiaggregante, riduzione del sovrappeso, abolizione del fumo e dell'apporto di alcool
- Dieta iposodica e normoproteica

PREVENZIONE TERZIARIA

(RIDUZIONE DELL'IMPATTO NEGATIVO DELLA MALATTIA)

- **Il controllo dell'ipertensione** è determinante nell'arrestare la progressione della ND verso l' UREMIA
- Ridurre il colesterolo, abolire il fumo e una dieta moderatamente ipoproteica.
- Controllo glicemico con preferibile sostituzione dell'ipoglicemizzante orale con l'insulina

EDUCAZIONE TERAPEUTICA

L'educazione terapeutica può essere considerata parte integrante del trattamento e dell'assistenza rivolta al paziente con patologie croniche. Essa richiede un adeguato programma che può essere finalizzato a due momenti diversi corrispondenti al decorso della malattia:

- ✓ una fase rivolta al coinvolgimento attivo del paziente per promuovere quei corretti stili di vita che si sono dimostrati utili per prevenire (ad esempio praticare attività fisica, ridurre l'assunzione di sale, aderire al regime dietetico) o per rallentare la patologia;
- ✓ una fase in cui, oltre al paziente, vi è un coinvolgimento attivo dei familiari per favorire l'adesione terapeutica e aiutare la scelta del trattamento sostitutivo nel caso fosse necessario.



(Ministero della Salute, 2014)

L'INFERMIERE E LA PREVENZIONE



INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

Protocollo *P. 5769/III.01*

Data 12 SET 2016

Rif.

Oggetto Tavolo tecnico Professione
Infermieristica - Contributo
FNC IPASVI

Federazione Nazionale Collegi IPASVI



Ill.mo Dottor
Vito De Filippo
Sottosegretario di Stato
Ministero della salute

00184 Roma
Via Agostino Depretis 70
Telefono 06/46200101
Telefax 06/46200131
Cod.Fisc. 80186470581

Nel PNC (Quotidiano Sanità 2016) la professione infermieristica è indicata come in grado di perseguire positivi risultati nella funzione di "care management" e quindi nella gestione della continuità assistenziale e del lavoro in rete.

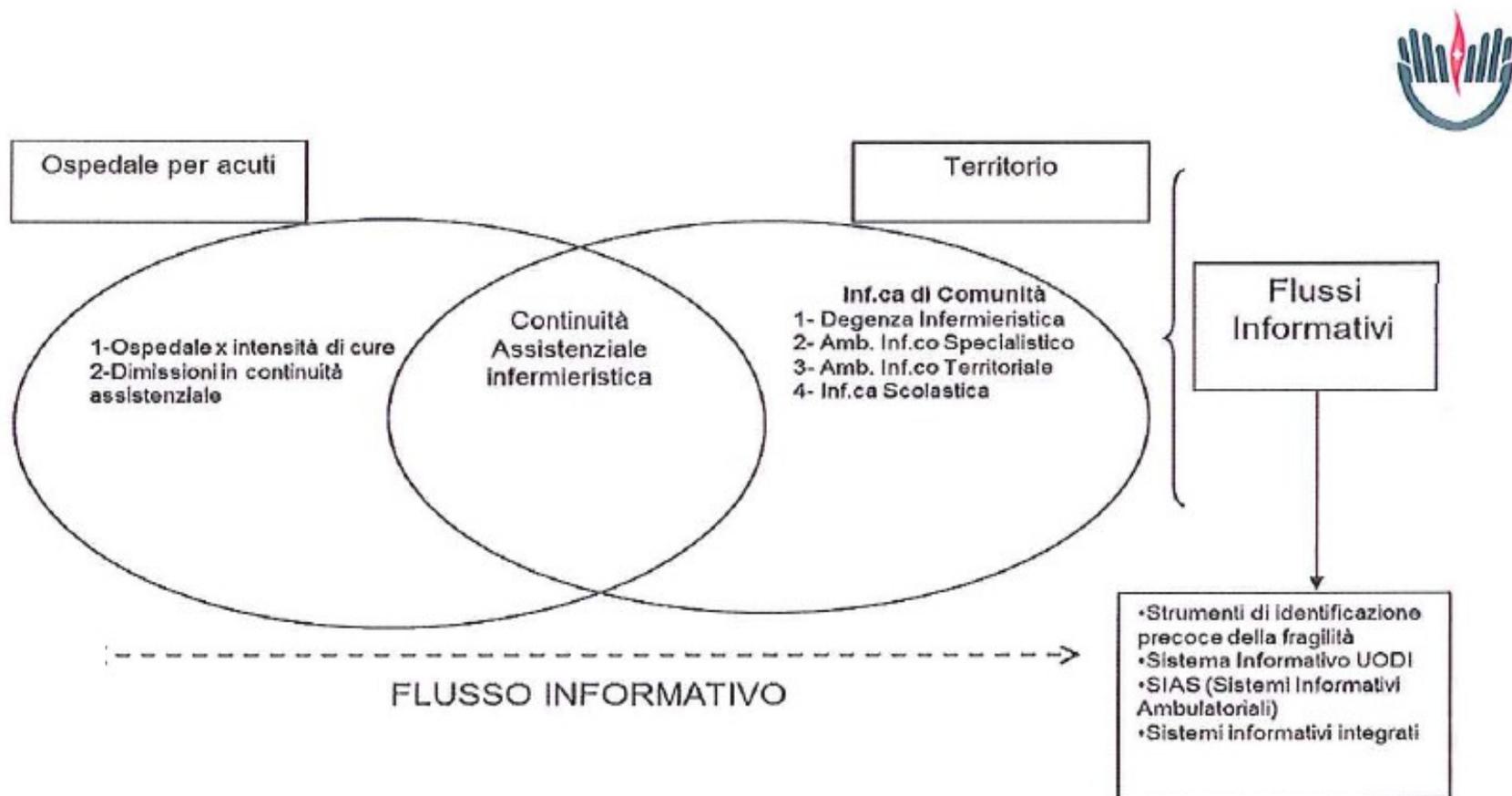


Figura 1 - schema generale di continuità assistenziale

Chronic care model modificato

Parlare di continuità assistenziale significa ridefinire l'assistenza primaria nell' ottica “di iniziativa” ovvero “dell'andare verso il cittadino”.

Lo scopo è quello di incidere precocemente sui determinanti della salute per ridurre sia l'incidenza delle malattie croniche, sia la progressione della malattia già esistente.

L'infermiere di famiglia/comunità è un professionista che analizza i bisogni del paziente e della famiglia.

Trova attuazione nei distretti, nei servizi territoriali, a domicilio, contribuendo a potenziare e sviluppare gli interventi di primary care necessari per fare prevenzione e garantire accesso alle cure.



Con modalità di “iniziativa” si intendono: visite domiciliari, incontri formativi ed educativi ed ogni altra iniziativa che possa aumentare la consapevolezza della comunità sui determinanti di salute.

L'ambulatorio infermieristico è la struttura organizzata e gestita da infermieri in cui vengono erogate prestazioni generaliste, avanzate o specialistiche.

LO SGUARDO SUL TERRITORIO: CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

INFERMIERE DI FAMIGLIA

INFERMIERE DI COMUNITÀ

Promozione della salute
Prevenzione della malattia
Gestione del processo assistenziale

GRAZIE PER L'ATTENZIONE