



Corso di Aggiornamento

RAPPORTO MEDICO PAZIENTE

Fare o non fare: modelli decisionali nel paziente cronico

Sala Conferenze Ordine Medici ed Odontoiatri - Via Lamarmora n. 167 (Palazzo il Diamante) - Brescia

18 dicembre 2017 - ore 19.00

**PAZIENTE CON ELEVATA COMORBIDITA'
E IRC TERMINALE:
LE CONSIDERAZIONI DEL MEDICO DI
MEDICINA GENERALE**

Dott. Nicola Bastiani

Medico di Medicina Generale - Coccaglio

Fare o non fare.....

QUALI SOGGETTI SOTTOPORRE A SCREENING PER MRC?

Sig.ra "Rosina" di 86 anni, affetta da:

- IRC V stadio secondaria a nefropatia non indagata istologicamente (prima diagnosi nel 1999, verosimile genesi vascolare- diabetica)
- Ipertensione arteriosa ←
- DM II in terapia con metformina ←
- Pregresso ictus cerebri ←
- Encefalopatia a corpi di Lewy
- Positività per HBcAb

Prin

All'epc

- creat

- Hb 12

- Sodic

Fare o non fare.....

QUALI SOGGETTI SOTTOPORRE A SCREENING PER MRC?

Soggetti a rischio (PDTA):

- Ipertesi, cardiopatici e vasculopatici, diabetici
- soggetti >60 aa
- Soggetti obesi
- Familiarità per nefropatie
- infezioni urinarie frequenti e/o calcolosi complicate
- Anomalie anatomiche dei reni/vie urinarie o IPB
- Uso improprio di FANS o analgesici



CICr /stima del GFR

Esame delle urine

Dosaggio albuminuria

Fare o non fare.....

QUANDO INVIARE AL NEFROLOGO?

- Albuminuria patologica o in incremento in paziente con fattori di rischio per MRA
- Proteinuria confermata (>150g/die) o in incremento (valori precedentemente stabili)
- Ematuria (escluse cause urologiche)
- Peggioramento della funzione renale oltre l'atteso



Inviare il paziente con DOCUMENTAZIONE PERSONALE ADEGUATA:

- Esami ematici + Eventuale ecografia app.uinario
- Visite precedenti
- Eventuale lettera di accompagnamento + Terapia farmacologica completa

Fare o non fare.....

QUANDO INVIARE AL NEFROLOGO?

- Invio URGENTE (24h):
- VFG < 30ml/min non noto in precedenza
 - Creatinina > 3mg/dl non nota in precedenza
 - K⁺6-6,5 mEq/L in terapia con ACEi/ARBs/antialdosteronici

Visita nefrologica urgente differita (7 giorni):

- IRC nota con perdita di cVFG > 15% in 3 mesi
- Aumento valori Cr 25-30% dopo l'inizio di terapia con ACE-I o ARBs
- Sindrome nefrosica (o edemi di origine renale)
- Nefropatia in corso di malattia sistemica in fase attiva (es. LES)
- Inadeguato controllo pressorio in politerpia (>3 farmaci antipertensivi)
- Stenosi emodinamicamente significativa dell'arteria renale
- Ematuria macroscopica dopo aver escluso cause urologiche

Fare o non fare.....

QUANDO NON INVIARE AL NEFROLOGO?

- Anziani con età > 70 anni con riduzione del VFG < 80 mL/min in assenza di:

- Anomalie urinarie (proteinuria/ematuria)
- Alterazioni morfologiche o funzionali dei reni
- Fattori di rischio

Indice declino fisiologico della funzione renale



Evitare farmaci nefrotossici



- Pazienti affetti da anomalie renali congenite (ipotrofia/agenesia) con VFG > 60 ml/min

Primo riscontro di:

- riduzione VFG stimato
- Alterazioni Microalbuminuria/proteinuria
- Alterazioni rapporto albuminuria/creatininuria

Controllo
esami a 3 mesi

Fare o non fare.....

TERAPIA FARMACOLOGICA

DOSAGGIO dei FARMACI

Farmaci ad uso temporaneo

- Adeguare sempre la dose in base al danno renale
- Evitare farmaci che diventano tossici a bassi valori di clearance
- Ridurre dosaggio di farmaci con rischio di tossicità (es. Chirazepina, Amikacina)
- Valutare correttamente se il danno renale è reversibile

Attenzione a comorbidità e conseguente polifarmacoterapia!

- Si adegua la terapia:

- Apidra 2+7+4UI/die
- Calcitriolo 0,25mcg 1cp il lun e ven
- Cardioaspirin 100mg 1cp/die
- Clopixol 3 gtt/die
- Didrogyl 20 gtt/cott

Rivalutazione critica della terapia ed eventuale confronto con il nefrologo

- Pantoprazolo 20mg 1cp/die
- Plavix 75mg 1cp/die
- Sodio bicarbonato 500mg 2cp/die
- Torvast 20mg 1cp/die
- Si programma controllo a un mese.

...mente il dosaggio dei farmaci in

collaterali dell'uso prolungato di diuretici – allopurinolo - fibrati)

tri vitali ed esami ematici

Fare o non fare.....

TERAPIA FARMACOLOGICA

PAZIENTE DIABETICO e IRC: QUANDO POSSO USARE LA METFORMINA?

Sig.ra "Rosina"
- IRC V stadio se
indagata istolo
1999, verosim
- DM II in te
- Pregresso ictu
- Encefalopatia
- Positività per

Stadio danno renale	Clearance Creatinina (ml/min)	Dose massima giornaliera (mg)	Raccomandazioni
1 - 2	60 - >90	>2000	
3a	45 - 60	2000	Follow-up più stretto
3b	30 - 45	1000	Non introdurre ex-novo
4 - 5	<30	Non utilizzare	

Fare o non fare.....

TERAPIA FARMACOLOGICA

QUALI FARMACI PER IL DOLORE?

CATEGORIA	PROBLEMI	CONSIDERAZIONI
FANS	POSSIBILE DANNO RENALE	EVITARE IN IRC AVANZATA
PARACETAMOLO	PIU' SICURO – ATTENZIONE A RITENZIONE DI SODIO	DOSI DA ADATTARE SOLO PER VFG<10mL/min
ANALGESICI OPPIOIDI	ATTENZIONE AD ALTERAZIONI DEL METABOLISMO ED ACCUMULO DI METABOLITI TOSSICI	ADATTARE SEMPRE IL DOSAGGIO ALLA VFG

Fare o non fare.....

TERAPIA EDUCAZIONALE

Fattori di rischio e Stili di vita
Ruolo del MMG

CESSAZIONE
DEL FUMO

DIETA PER
NEFROPATICI

CONTROLLO DEL
PESO CORPOREO

INCORAGGIARE
ATTIVITA' FISICA

Fare o non fare.....

TERAPIA EDUCAZIONALE

TRATTAMENTO DIETETICO NUTRIZIONALE

Dieta per tutti gli stadi di IRC:

- Iposodica
- Ipopotassica
- Ipoglicidica (se diabetici)

Dieta IPOPROTEICA per IRC IV-V stadio:

- Problemi:**
- Abitudini alimentari difficili da modificare
 - Pasti fuori casa
 - Decadimento cognitivo
 - Basso livello socio-economico

metabolica
Urea, K⁺, Na⁺, P, PTH
nutrizzionale adeguato
pressione MRC



Aiuto da parte del MMG che deve essere adeguatamente preparato (materiale informativo, ricette etc...)

Fare o non fare.....

RUOLO DEL MMG NELLA SCELTA DELLA TERAPIA DIALITICA

MMG deve essere un punto di riferimento nelle scelte terapeutiche del paziente

Cosa serve?

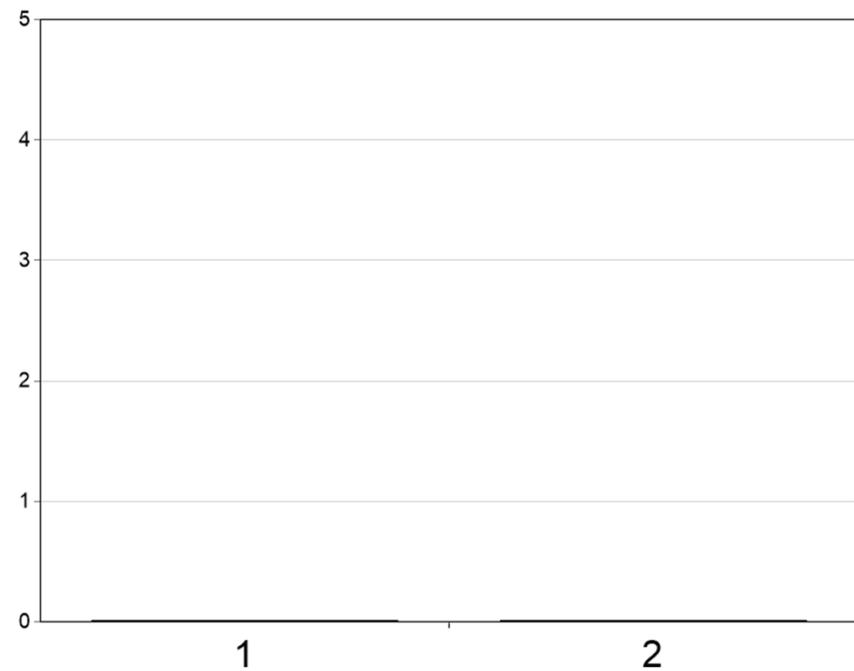
Formazione adeguata su metodiche dialitiche

Disponibilità alla gestione delle problematiche domiciliari

Comunicazione con gli specialisti

Ritenete che la dialisi peritoneale aumenti il carico di lavoro del MMG?

1. Si
2. No



Fare o non fare.....

RUOLO DEL MMG NELLA SCELTA DELLA TERAPIA DIALITICA

Fare o non fare.....

Il MMG

Non fare

- «Abbandono» del paziente al solo specialista
- Prescrizione di terapie senza valutare la nefrotossicità

Fare

- Prevenzione e stili di vita
- Screening per MRC
- Gestione del paziente con MRC a lenta evoluzione
- Collaborazione con lo specialista (anche per la rivalutazione della terapia)
- Gestione domiciliare delle acuzie

