

Linjat udhërrëfyese për
trajtimin e pacientëve të
moshuar me sëmundje
renale kronike stadi i
3-të b dhe më lart
(FG <45ml/min/1.73m²)



Ky dokument është shkruar në emër të ERBP-së i cili është një organ zyrtar i ERA-EDTA-së (Shoqata Evropiane e Veshkave - Evropiane e Dializës dhe Lidhjes së Transplantit) dhe bazohet në publikime zyrtare në Nefrologji, Dializë dhe Transplant. ERBP merr përgjegjësinë e plotë vetëm për origjinalin e plotë të publikuar në gjuhën angleze në Nephrol Dial Transplant [HTTPS://ACADEMIC.OUP.COM/NDT/ARTICLE/31/SUPPL_2/II1/2414986](https://academic.oup.com/ndt/article/31/suppl_2/ii1/2414986)

Disclaimer:

This document is written on behalf of ERBP which is an official body of the ERA-EDTA (European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association) and is based on the official Publication in Nephrology, Dialysis and Transplantation. ERBP only takes full responsibility for the original full guideline in English as published in [HTTPS://ACADEMIC.OUP.COM/NDT/ARTICLE/31/SUPPL_2/II1/2414986](https://academic.oup.com/ndt/article/31/suppl_2/ii1/2414986)

PËRMBAJTJA

Grupi i zhvillimit të udhërrëfyesve	4
Hyrja	5
Rekomandime për trajtimin e pacientëve me SRK të përparuar (FG <45ml/min/1.73m ²): tab 1	6
P1: Cfarë parametrash duhet të përdoren në pacientët e moshuar (a) për të vlerësuar funksionin renal, (b) me qëllim që të përshtasim dozën e medikamenteve?	7
P2: Cili është pikëzimi më i besueshëm i modelit të rrishtit në parashikimin e progresionit të SRK-së në pacientët e moshuar me SRK të përparuar (FG <45ml/min/1.73m ²)?	8
P3: Cili është modeli më i besueshëm në parashikimin e rrishtit të mortalitetit në pacientët e moshuar dhe/ose pacientët e brishtë me SRK të përparuar (FG<45ml/min/1.73m ²)?	9
P4: (a). Cila është metoda alternative më e mirë për të vlerësuar rënien e funksionit renal në pacientët e moshuar dhe /ose pacientët e brishtë me SRK të përparuar?	10
P4 (b): A janë efektive ndërhyrjet me qëllim përmirësimit e gjendjes funksionale në pacientët me insuficiencë renale (FG <45ml/min/1.73m ²) ose në dializë?	11
P5 (a): Cila është alternativa më e mirë për të vlerësuar gjendjen nutricionale në pacientët e moshuar me SRK të përparuar 3b ose më lart (FG<45ml/min/1.73m ²), ose në dializë?	12
P5 (b): Cilat ndërhyrje janë efektive në përmirësimit e gjendjes nutricionale në pacientët e moshuar /pacientët e brishtë me SRK të përparuar (FG<45ml/min/1.73m ² ose në dializë)?	13
P6: Cili është përfitimi i dializës në pacientët e moshuar dhe ata të brishtë?	14
Lista e referencave	16
Tabela 1.....	18

Grupi i punës së udhërrëfyesve

Ken Farrington, Co-chair. Consultant Nephrologist, Renal Unit, Lister Hospital, Stevenage, Hertfordshire, UK.

Adrian Covic, Co-Chair. Consultant nephrologist, Clinic of Nephrology, C. I. Parhon University Hospital, Gr T. Popa, University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania.

Ionut Nistor. Consultant nephrologist, Gr. T. Popa University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania.

Filippo Aucella. Consultant nephrologist, Nephrology and Dialysis Unit at the Research Hospital “Casa Sollievo della Sofferenza”, San Giovanni Rotondo, Italy.

Naomi Clyne. Consultant nephrologist, Skåne University Hospital, Lund, Sweden.

Leen De Vos. Resident Nephrologist, Department of Nephrology, Ghent University Hospital, Ghent Belgium.

Andrew Findlay. Consultant nephrologist, Lister Hospital, Stevenage UK.

Denis Fouque. Consultant nephrologist, Division of nephrology, Université de Lyon, UCBL, INSERM, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre Benite, France.

Tomasz Grodzicki. Consultant Geriatrician, Department of Internal Medicine and Geriatrics, University Hospital of Krakow, Poland.

Osasuyi Iyasere. Specialist registrar, Renal Unit, Leicester Royal Infirmary, UK.

Kitty J. Jager. Epidemiologist, director of the ERA-EDTA registry, Department of Medical Informatics, Amsterdam Medical Center, Amsterdam, the Netherlands.

Hanneke Joosten. Consultant nephrologist and geriatrician, Department of internal medicine, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, the Netherlands.

Juan Florencio Macias. Consultant geriatrician Faculty of Medicine, University of Salamanca, Salamanca, Spain.

Andrew Mooney. Consultant nephrologist, Renal Unit, St James’s University Hospital, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Leeds, UK.

Evi Nagler. Consultant Nephrologist, Renal Division, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium.

Dorothea Nitsch. London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom UCL Centre for Nephrology, Royal Free Hospital, University College London Medical School, London, United Kingdom.

Maarten Taal. Consultant Nephrologist, Department of Renal Medicine, Royal Derby Hospital, Derby, UK Division of Medical Sciences and Graduate Entry Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK.

James Tattersall. Consultant nephrologist, Leeds Teaching Hospitals Trust, Leeds, UK.

Marijke Stryckers. Resident nephrologist, department of nephrology, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium.

Dieneke van Asselt. Consultant geriatrician, Department of Geriatric Medicine of the Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands.

Nele Van den Noortgate. Consultant geriatrician, Department of Geriatric Medicine, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium.

Sabine van der Veer. Implementation Specialist, Centre for Health Informatics, University of Manchester, Manchester, United Kingdom.

Wim van Biesen (ERBP Chair). Consultant nephrologist, Renal Division, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium.

Hyrje

Pavarësisht numrit në rritje të pacientëve të brishtë dhe të moshuar me $FG < 45 \text{ ml / min / } 1.73 \text{ m}^2$, shumica e studimeve ende e përjashton këtë popullsi, kështu pajisja me udhëzime mbi praktikën më të mirë në këtë fushë mbetet problematike. Megjithatë ekziston një nevojë e qartë për të mbështetur pacientët, familjet dhe profesionistët në fushën e mjekësisë me udhërrëfyes të bazuar në evidencë të qartë, për të rritur cilësinë e kujdesit ndaj pacientit, eksperiencën si dhe për të krijuar një kornizë transparente për ofrimin dhe zhvillimin e shërbimeve. Për t'u marrë me këtë çështje është themeluar një iniciativë e përbashkët e ERA-EDTA dhe Unionit Evropian të Mjekësisë Geriatrike (EUGMS). Grupet e ekspertëve janë marrë me qëllimin e projektit, tematikat me prioritet, kërkimet në literaturë, vlerësimet kritike të evidencave si dhe formulimin e rekomandimeve. Metodologjia e përdorur është tërësisht e përshkruar në [1-3]. Dokumenti i tanishëm përmbledh rekomandimet kryesore dhe komentet e tyre. Udhërrëfyesi i plotë është lirish i disponueshëm në internet dhe në faqen e ERBP-së ([HTTP://WWW.EUROPEAN-RENAL-BEST-PRACTICE.ORG/](http://www.european-renal-best-practice.org/)) [1]. Në seksionet më poshtë ne kemi përdorur termin "të moshuar" për t'iu referuar moshës mbi 65 vjeç.

Disclaimer: this guideline was translated with approval of ERBP, the official g Sqarim: Ky udhëzues është përkthyer me miratimin e ERBP, i cili është burimi zyrtar i udhërrëfyesve të ERA-DTA. Megjithatë ERBP merr përgjegjësinë e plotë vetëm për origjinalin e plotë të publikuar në gjuhën angleze në Nephrol. Dial. Transplant [HTTPS://ACADEMIC.OUP.COM/NDT/ARTICLE/31/SUPPL_2/II1/2414986](https://academic.oup.com/ndt/article/31/suppl_2/ii1/2414986)

[HTTP://WWW.EUROPEAN-RENAL-BEST-PRACTICE.ORG/](http://www.european-renal-best-practice.org/)

Trajtimi i rekomanduar për pacientët e moshuar me SRK të avancuar (FG<45ml/min/1.73m²): tabela 1

Jo të gjithë pacientët e moshuar me një FG<45ml/min/1.73m² duhet të etiketohen si pacientë me sëmundje renale, pasi kjo mund të jetë një ulje fiziologjike e moshës. Megjithatë dhe në këta pacientë duhet bërë vlerësimi i FG për të rregulluar dozat e medikamenteve në varësi të tij. Matja e funksionit renal në personat e moshuar është trajtuar në **Pyetjen 1**. Rekomandohet që të përdoret përdorimi i ekuacionit të vlerësimit, duke marrë parasysh burimet e mundshme të gabimeve, të tilla si sarcopenia dhe / ose kequshqyerja.

Për të vendosur se cilët pacientë të moshuar me SRK të avancuar mund të përfitojnë nga ndjekja e vazhdueshme nga nefrologu, duhet të merren në konsideratë faktorët e përfshirë si dhe mundësia e përparimit të SRK (trajtohet në **Pyetjen 2**) dhe nëse pacienti ka probabilitet të mirë për mbijetesë deri në SRK stadi përfundimtar (trajtohet në **Pyetjen 3**).

Grupi i punës për hartimin e udhërrëfyesit vlerëson se Ekuacioni i Riskut për Insuficiencën Renale 4;5) siguron parashikime të pranueshme të riskut për përparimin e insuficiencës renale në pacientët e moshuar. Alternativat e trajtimit për pacientët me risk të ulët të përparimit duhet të fokusohen më shumë në terapinë nefroprotektive sesa në përgatitjen për dializë ose në mjekimin konservativ. Pikëzimi Bansal (6) është konsideruar se jep parashikime të pranueshme të riskut të mortalitetit në këto moshë. Për pacientët me pikëzim të lartë Bansal-psh. me risk të lartë për vdekshmëri, trajtimi duhet fokusuar në një plan ndjekje specifike dhe në nefroproteksion, nëse ai konsiderohet i përshtatshëm. Duke qënë se pikëzimi Bansal u zhvillua në kohorte me prevalencë të ulët të pacientëve të brishtë, në ata pacientë me pikëzim të ulët Bansal, të qënurit ose jo i brishtë duhet vlerësuar në mënyrë formale dhe nëse është prezent pacienti duhet konsideruar me risk të lartë dhe të trajtohet sipas rastit.

Për pacientët me risk të lartë për përparim të sëmundjes dhe me një risk të ulët të vdekshmërisë si dhe në të gjitha rastet klinikisht stabël nevojitet një trajtim me vendime të përbashkëta i cili duhet të marrë në konsideratë terapinë renale zëvendësuese dhe trajtimin konservativ (trajtohet në **Pyetjen 6**). Pikëzimi Rein (7) ofron një vlerësim të arsyeshëm të rrezikut të mortalitetit afatshkurtër nëse dializa do të fillonte.

Pacientët e moshuar me SRK të avancuar (FG <45ml/min/1.73m²) duhet të vlerësohen në mënyrë të rregullt për çrregullime funksionale (trajtohet në **Pyetjen 4**) dhe për malnutricion (trajtohet në **Pyetjen 5**) për të identifikuar ata që kanë me shumë mundësi të përfitojnë nga një vlerësim më i thelluar dhe nga ndërhyrja. Ndërhyrjet për të përmirësuar nutricionin dhe statusin funksional janë analizuar, dhe për këto janë formuluar rekomandimet përkatëse.

P1: Çfarë parametrash duhet të përdoren në pacientët e moshuar (a) për të vlerësuar funksionin renal (b) me qëllim që të përshtasim dozën e medikamenteve?

1.1 Ne rekomandojmë përdorimin e ekuacioneve të cilët korrigjojnë diferencën në gjenerimin e kreatininës sesa ato që përdorin kreatininën e thjeshtë serike për të vlerësuar funksionin renal në pacientët e moshuar **(1A)**.

1.2 Ne rekomandojmë që nuk ka të dhëna të mjaftueshme për të preferuar një ekuacion të veçantë mbi një tjetër pasi të gjithë funksionojnë në të njëjtën mënyrë, dhe një klasifikim i gabuar në mënyrë të konsiderueshme mund të ndodhë me çdo njërin prej këtyre ekuacioneve, kur përdoret në pacientët të moshuar me përbërje të ndryshme trupore **(1B)**.

1.3 Ne rekomandojmë matje formale të funksionit renal nëse nevojiten vlerësime më të sakta të FG **(1B)**. Ne sugjerojmë përdorimin e CKD-EPI_{Cr-Cys} si një alternativë të pranueshme **(2C)**.

1.4 Ne rekomandojmë të merret parasysh funksioni renal kur përshkruhen medikamente forma aktive e të cilëve apo metabolitet e tyre kanë ekskretim renal **(1A)**.

1.5 Ne sugjerojmë që për medikamentet me shkallë të ngushtë toksike/terapeutike, matjet e rregullta të përqëndrimeve serike të tyre mund të na japin informacione me vlerë. Diferencat në lidhjen e medikamenteve me proteinat në kushtet e uremisë mund të kërkojnë përdorimin e niveleve të tjera të pragut të përqendrimit total të barit **(2C)**.

Këshilla në praktikën klinike

1. Funksioni renal mund të luhatet në kohë prandaj duhet monitoruar rregullisht duke përdorur të njëjtin ekuacion.
2. Ekuacionet nuk janë të besueshëm kur përdoren në pacientë me ndryshime akute të funksionit renal.
3. Ekuacione të ndryshme mund të sjellin klasifikime të ndryshme të stadit të SRK-së për të njëjtin nivel të kreatininës në të njëjtin pacient.
4. Niveli serik i barit varet nga klirensi absolut e jo nga ai i korrigjuar për peshën.
5. Formula te tjera përveç Cockroft dhe Gault e kthejnë FG, tashmë të korrigjuar për sipërfaqen trupore (ST) në njësi të ml/min/1.73m². Dozat medikamentoze kërkojnë një korrigjim në përputhje me klirensin absolut në njësi të ml/min. Për të konvertuar FG në klirens absolut shumëzohet FG me ST/1.73.

Komente

Metodat të cilat masin në mënyrë të saktë FG real (Cr-EDTA, klirensi i inulinës ose Tc-DPTA) janë jo praktike për përdorim në praktikën klinike. Formula të ndryshme, të bazuara si në kreatininën dhe/ose cistatinën, janë duke u përdorur gjerësisht por nuk ka një konsensus se cila nga formulat duhet të përdoret në pacientët e moshuar me SRK të avancuar. Duke qënë se plakja shoqërohet me rënien e FG, por gjithashtu me uljen e prodhimit të kreatininës si rrjedhojë e humbjes së masës muskulare, uljes së aktivitetit fizik dhe uljes së marrjeve ushqimore, rekomandimet që jepen për popullatën e përgjithshme

nuk mund të zbatohen në këtë nëngrup. Gjithashtu dhënia e medikamenteve është më e lartë në pacientët e moshuar me SRK. Trajtimi i SRK, praktika e referimit dhe përdorimi i sigurtë i medikamenteve me ekskretim renal mund të kompromentohet nëse funksioni renal vlerësohet në mënyre jo korrekte.

Të dhënat sugjerojnë që megjithëse kreatinina serike e vetme është e pamjaftueshme që të lejojë një vlerësim korrekt të FG në personat e moshuar pa një formë korigjimi të prodhimit të kreatinës, asnjë nga formulat e krijuara nuk ka një saktësi sinjifikante mbi të tjerat. Është vënë re që stadifikimi i pacientit në SRK ndryshon shumë në varësi të formulës që përdoret për korigjimin e kreatinës. Përfundimet ndikohen mjaft dhe nga mënyra e dozimit të kreatinës si dhe nga përbërja heterogjene e mostrës së marrë në kohortin e caktuar (mosha, stadi të SRK, prevalenca e pacientëve të brishtë). Nëse kërkohet një vlerësim më i saktë i funksionit renal, duhet të kryhet një matje e FG, megjithëse një test i tillë është i kushtueshëm dhe i mundimshëm. Një alternativë e mirë mund të jetë përdorimi i ekuacionit CKD-EPI_{Cr-Cys}. Për medikamentet apo metabolitet e tyre aktivë të cilët eliminohen me veshka, doza duhet të përshtatet me funksionin renal. Hypoalbuminemia e shoqëruar me malnutricion / inflamacion dhe me ndryshimet në aftësinë lidhëse të proteinave që vijnë si rrjedhojë e uremisë mund të shkaktojë rritje të nivelit të medikamenteve aktivë në serum (të palidhur me proteinat) e si rrjedhojë mund të kërkojë pragje me përqëndrime më të ulëta.

P2. Cili është pikëzimi më i besueshëm i modelit të riskut në parashikimin e progresionit të SRK në pacientët e moshuar me SRK të përparuar (FG<45ml/min/1.73m²)?

Ne rekomandojmë që Ekuacioni për vlerësimin e Riskut për Insuficiencën Renale me 4 variabla mund të aplikohet mirë në pacientët e moshuar me SRK të avancuar dhe FG<45ml/min/1.73m² pasi ka një performancë të mirë të mjaftueshme (1B).

Komente

Qëllimi i kësaj pyetjeje është që të orientojë klinikistët se si të vlerësojnë më mirë riskun e progresionit të SRK-së drejt stadiit përfundimtar. Kjo është e rëndësishme për shkak se prevalenca e SRK rritet në mënyrë të shpejtë me moshën (8) aq sa pothuajse 50% e personave mbi 70 vjeç kanë SRK stadi 3-5, megjithëse vetëm një pakicë e tyre përparojnë drejt stadiit përfundimtar të SRK (9-11). Prandaj, ne kemi nevojë për metoda të fuqishme për të identifikuar ata në rrezik të lartë për përparim të sëmundjes në mënyrë që të mund t'u ofrohen terapi optimale mbrojtëse të veshkave dhe përgatitje në kohë për terapi renale zëvendësuese (TRZ). Përgatitja për TRZ në personat e moshuar mund të shtyhet si rrjedhojë e sëmundjeve të shumta dhe të qënurit pacient i brishtë. Parashikimi i riskut vështirësohet për shkak se rënia e FG mund të mos jetë lineare (12) dhe rënia e shpejtë mund të ndodhë si rrjedhojë e episodeve të paparashikueshme të dëmtimit akut renal (DAK) (13) për të cilin personat e moshuar janë mjaft të riskuar.

Është me rëndësi të marrim në konsideratë dhe riskun eventual të vdekjes në pacientët e moshuar. Në personat 65 vjeç e lart, risku për stadiin përfundimtar të SRK kalon riskun e vdekshmërisë vetëm në personat me FG<15ml/min/1.73m²

(14). Kështu që identifikimi i pjesës më të madhe të pacientëve të cilët kanë risk të ulur të përparimit të semundjes, mund të evitohet sëmundshmërinë dhe stresin që i bashkangjitet ndërhyrjeve të panevojshme në përgatitjen për TRZ. Personat e moshuar shpesh përjashtohen nga studimet që vlerësojnë ndërhyrjet mbrojtëse të veshkave, apo studimet që krijojnë pikëzime për parashikimin e riskut për SRK. Kjo bën që të mos jetë e qartë nëse pikëzimet që krijohen për të rinjtë, mund të jenë të përshtatshëm dhe për personat e moshuar.

Ne gjetëm që Ekuacioni për vlerësimin e Riskut për Insuficiencë Renale me 4 variabla të krijuar nga Tangri dhe të tjerët (4;5) përshtatet mirë dhe në pacientët e moshuar, si dhe është mirë i testuar prandaj ne e rekomandojmë të përdorim klinik.

P3. Cili është modeli më i besueshem në parashikimin e riskut të vdekshmërisë në pacientët e moshuar dhe/ose pacientët e brishtë me SRK të përparuar (FG<45ml/min/1.73m²)?

3.1 Ne sugjerojmë përdorimin e pikëzimit Bansal për të parashikuar riskun e vdekshmërisë në një periudhë 5 vjeçare përpara arritjes në SRK stad përfundimtar në pacientët e moshuar me SRK stadi 3-5 (2C).

3.2 Ne sugjerojmë që në pacientët me risk të ulët në pikëzimin Bansal, të kryhet një vlerësim i gjendjes së brishtësisë të pacientit sipas pikes 4.a. Pacientët e brishtë duhet të menaxhohen si ato me rrisht të lartë (2C).

3.3 Ne sugjerojmë pikëzimin REIN për të parashikuar rrishtun e vdekshmërisë për një periudhë 6 mujore në të moshuarit me SRK stadi 5 (2B).

Komente

Këshillimi i pacientëve të moshuar me SRK të avancuar për alternativat e trajtimit kërkon përdorimin e një metodologjie të besueshme të vlerësimit të probabilitetit individual të vdekjes brenda një harku të caktuar kohor, si me TRZ ashtu dhe pa TRZ. Duke identifikuar në mënyrë të saktë pacientët të cilët kanë shumë gjasa të vdesin brenda disa muajve, pavarësisht nëse futen apo jo në TRZ dhe të mund t'u evitohet atyre vështirësitë e përgatitjes për TRZ. Nga ana tjetër identifikimi i pacientëve që kanë gjasa të jetojnë gjatë, ndihmon në marrjen e vendimeve duke balancuar cilësinë e jetës me kohëzgjatjen e saj. Janë pak modele të disponueshme që parashikojnë riskun e mortalitetit në pacientë të moshuar me SRK të avancuar. Prandaj nuk është shumë e qartë nëse modelet ekzistuese janë të besueshme në vlerësimin e riskut të mortalitetit në personat e moshuar me SRK të avancuar.

Ne gjetëm se modeli i parashikimit të riskut Bansal është më i besueshmi dhe ne e rekomandojmë si mjet në parashikimin e vdekshmërisë në një periudhë 5 vjeçare në pacientët e moshuar me SRK stadi 3-5 jo në dializë (6). Modeli përfshin 9 faktorë parashikues demografik, klinik dhe biokimik; mosha, gjinia, etnia, FG, raporti albuminë/kreatininë në urinë, diabeti, duhani, insuficiencia kardiake dhe insulti cerebral.

Ne zbuluam një model rrisht të krijuar nga regjistri i studimit REIN, që vlerëson rrishtun e vdekjes 3 muaj pas fillimit të dializës në pacientët e moshuar në stad përfundimtar SRK- së (pikëzimi REIN) (7). Modeli përfshin 9 tregues

demografik, klinik dhe biokimikë: moshë, gjinia, insuficienca kongjестive kardiakë, sëmundje vaskulare periferike, çrregullime ritmi, sëmundje malinje, çrregullime të sjelljes, çrregullime të lëvizjes dhe nivelin bazal i albuminës. Diferencimi i moderuar i Modelit (Miratimi brenda grupit në modelin statistikor ka qënë 0.75). Një model i dytë i vlerësimit të riskut të vdekjes në 6 muaj pas fillimit të dializës në pacientët e moshuar (16), i zhvilluar dhe brenda miratuar në kohorte më të vegjël të të njëjtit regjister kishte diskriminim më pak inferior të modelit (c-statistikore 0.7).

P4 (a). Cila është metoda alternative më e mirë për të vlerësuar rënien e funksionit renal në pacientët e moshuar dhe /ose pacientët e brishtë me SRK të përparuar?

4a.1 Ne rekomandojmë të përdoret një shkallë e thjeshtë në praktikën e përditshme për të vlerësuar statusin funksional në pacientët e moshuar me SRK stadi 3b-5d me qëllim për të identifikuar pacientët të cilët do të përfitonin nga një vlerësim geriatrik më i thelluar dhe nga reabilitimi (1C).

4a.2 Ne rekomandojmë që pikëzimet e thjeshta që përfshijnë pikëzimet nga vetë-raportimet dhe testet në terren (ngrihu ulu, apo testi i ecjes 6 minuta) kanë fuqi pëcaktimi të mjaftueshme dhe të krahasueshme për të identifikuar pacientët me status të ulur funksional (1C).

Këshilla për praktikën klinike

- Në mënyrë të rregullt nënkupton 6-8 herë cdo javë për pacientët në dializë dhe se paku në çdo konsultë ambulatorë për pacientët me SRK stadi 3b-5 që nuk janë ende në dializë.
- Pikëzimi për statusin të brishtë të pacientit është i ndërlidhur me statusin funksional dhe mund të japë informacione shtesë gjatë vlerësimit dhe marrjes së vendimeve lidhur me opsionet e trajtimit.

Komente

Sëmundja Kronike Renale (SRK) është një faktor risku i pavarur për dëmtimin funksional dhe statusin e brishtë, dhe rënia funksionale është e lidhur me rezultate negative përfshirë vdekshmërinë e rritur dhe hospitalizimet (17). Ka gjithashtu të dhëna se trajtimi mund të ulë rënien funksionale (18). Janë zhvilluar disa mekanizma për të vlerësuar pjesë të ndryshme të funksionit fizik në pacientë me SRK (19). Këto janë kategorizuar në matje laboratorike të çrregullimeve fiziologjike, matje të levizshmërisë dhe matje të kapacitetit të performancës së aktivitetit fizik. Megjithatë nuk ka ende një marrëveshje për mjetin më të përshtatshëm për vlerësimin e funksionit fizik në pacientët e moshuar me SRK të avancuar.

Të dhënat tregojnë se rënia funksionale në pacientët e moshuar me SRK mund të vlerësohet më lehtë nëpërmjet një kombinimi të vetë-raportimit dhe testeve në terren. Këto depistime mund të ndihmojnë në identifikimin e pacientëve me rrisht të cilët duhet të ekzaminohen më pas nga një mjek me eksperiencë dhe /ose një skuadër multi-disiplinore. Të dhënat tregojnë që të gjitha pikëzimet e thjeshta dhe testet japin rezultate mjaftueshëm të mira. Vetë-raportimet për performancën fizike janë të thjeshta, të lehtë në përdorim, të besueshëm dhe parashikues të rezultateve negative që përfshijnë mortalitetin

dhe hospitalizimet. Është e paqartë gjithsesi, sa të ndjeshme janë këto teste që të ndryshojnë me kalimin e kohës. Testet e terrenit të lëvizshmërisë dhe performancës fizike janë vlerësuar në kohorte që përfshijnë dhe pacientët e moshuar me SRK. Ato kanë rezultuar të aplikueshme, me përfundime të besueshme ndërkohë që nga ana tjetër na japin të dhëna në parashikimin e rezultateve negative. Gjithashtu ato duket se janë të ndjeshme dhe në rastet kur intervenohet me qëllim përmirësimin e statusit funksional.

P4 (b): A janë efektive ndërhyrjet me qëllim rritjen e gjendjes funksionale në pacientët me insuficiencë renale (FG<45ml/min/1.73m² ose në dializë)?

4b.1 Ne rekomandojmë kryerjen e ushtrimeve fizike pasi ato kanë një impakt pozitiv në statusin funksional të pacientëve të moshuar me SRK stadi 3b ose më lart (1C).

4b.2 Ne sugjerojmë të ofrohen trajnime të individualizuara për kryerjen e ushtrimeve fizike në mënyrë që të evitohen komplikacionet apo efektet negative (2C).

Këshilla për praktiken klinike

- Trajnime të individualizuara nënkupton që ushtrimet e dhëna duhet të jenë në përputhje me nevojat dhe kapacitetet e pacientit. Kjo në mënyrë ideale mund të arrihet nga përfshirja në trajtimin e pacientit dhe të fizioterapistit klinik në mënyrë që të rekomandojë një tërësi ushtrimesh force dhe rezistence në mënyrë periodike brenda limiteve fizike të pacientit.
- Ushtrime të kombinuara force dhe rezistence duhet të kryhen në mënyrë të vazhdueshme.
- Në pacientët në hemodializë ushtrimet mund të realizohen gjatë dy orëve të para të seancës së dializës.
- Ndjekja e rregullt në vazhdim është e rëndësishme në mënyrë që të sigurohemi që pacienti po kryen ushtrimet fizike si dhe për të optimizuar intensitetin e tyre.
- Të dhënat flasin për rezultate pozitive të ushtrimeve fizike në rastet kur ekzistojnë programe me përfshirje të lartë të një stafi të motivuar fizioterapistësh.
- Ka pak evidenca që tregojnë që rritja e dozës dialitike përmirëson statusin funksional të pacientit, pa u mbështetur nga një program multidisiplinor fizioterapie dhe nutricioni.

Komente

Për shkak të plakjes së popullatës me SRK dhe rritjes së numrit të pacientëve të brishtë në këtë grup, është me rëndësi të hartohen linja udhërrëfyese se si të mbahet ose të përmirësohet statusi funksional në një popullatë të moshuar që vuan nga SRK. Në këtë pyetje trajtohen të dhënat bazuar në evidencë për sa i përket ndërhyrjeve fizike që përmirësojnë në mënyrë efektive statusin funksional në pacientët e moshuar dhe delikatë me SRK të avancuar stadi 3b ose më lart (FG<45ml/min/1.73m²) ose në dializë.

Të dhënat e disponueshme janë konsistente në mbështetje të faktit se

ushtrimet fizike kanë një impakt pozitiv në mirëqenien fizike, funksionale dhe psikologjike të pacientëve me SRK. Personat e moshuar me SRK arrijnë të kishin një rritje të funksioneve fizike si rrjedhojë e trajnimeve ushtrimore. Asnjë nga studimet nuk raportoi efekte anësore apo negative gjë e cila mbështet faktin se ushtrimet janë të sigurta dhe të realizueshme nga ana e pacientëve. Megjithatë të gjithë pacientët ishin kontrolluar me kujdes nga mjeku përpara pjesëmarrjes në studime. Mbi të gjitha studimet ishin në përgjithësi të vogla, dhe kishte një rrisht të lartë për gabime në selektim. Kjo mund të ketë luajtur rol në disa nga efektet pozitive të përshkruara dhe në mungesën e efekteve anësore të vëna re nga aktiviteti fizik. Nisur nga sa më lart grupi i punës sugjeron që programet ushtrimore të mbikëqyren nga një fizioterapist si pjesë e një programi multidisiplinor të strukturuar mirë.

P5 (a): Cila është alternativa më e mirë për të vlerësuar gjendjen nutricionalë në pacientët e moshuar me SRK të përparuar 3b ose më lart (FG<45ml/min/1.73m² ose në dializë)?

5a.1 Ne rekomandojmë Vlerësimin Subjektiv Global (VSG) si standartin e artë për të vlerësuar statusin nutricional në pacientët e moshuar me SRK stadi 3b ose më lart (FG<45ml/min/1.73m²) (1C).

5a.2 Ne sugjerojmë që në pacientët e moshuar në hemodializë, mund të përdoret një pikëzim për të vlerësuar statusin nutricional që përfshin albuminën serike, indeksin e masës trupore, kreatininën serike/sipërfaqen trupore dhe nivelin e ekuivalentit të normalizuar të proteinave për të vlerësuar statusin nutricional (2D).

Komente

Deficienca nutricionalë të rënda ndodhin në pacientët me SRK të avancuar stadi 3b ose më lart (FG<45ml/min/1.73m²) si rrjedhojë e defekteve metabolike, inflamacionit kronik, uljes së oreksit, interventeve kirurgjikale të përsëritura apo episodeve infektive (20). Kjo mund të çojë në humbje të proteinave dhe energjisë e cila është e zakonshme në pacientët që i afrohen nevojës për trajtim me dializë (21). Një përkeqësim i mëtejshëm mund të ndodhë pas fillimit të dializës, dhe gjendja nutricionalë është një indikator i fortë në parashikimin e mbijetesës tek pacientët në dializë. Pacientët e moshuar kanë risk të lartë për rënie në peshë për shkak të uljes së oreksit, prevalencës së lartë të sëmundjeve të shumta, izolimit social dhe depresionit. Në një popullatë të moshuar në dializë e cila sa vjen e po plakët është me rëndësi që të identifikohen mjete të besueshme dhe lehtësisht të përdorshme të cilat lejojnë vlerësime rutinë të gjëndjes nutricionalë, në mënyrë që pacientët në risk të mund të merren në konsideratë për vlerësime të mëtejshme dhe për trajtim.

Ne gjetëm një shkallë të lartë përputhshmërie ndërmjet studimeve të ndryshme lidhur me faktin se VSG siguron një vlerësim të pranueshëm të gjëndjes nutricionalë, është një tregues i mirë i komplikacioneve (sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë) dhe ka sensitivitet të mjaftueshëm në kapjen e ndryshimeve në gjëndjen nutricionalë. VSG realizohet lehtë, dhe mund të përdoret në rutinën e përditshme. Grupi i punës i udhërrëfyesve sugjeron përdorimin e VSG si standartin e artë për vlerësimin rutinë të gjëndjes nutricionalë. Për

pacientët e moshuar në dializë, për të vlerësuar gjendjen nutricionalë mund të përdoret një pikëzim që merr në konsideratë albuminën serike, indeksin e masës trupore, kreatininën serike të normalizuar për sipërfaqen trupore, dhe nivelin e ekuivalentit të normalizuar të proteinave (22). Është parë se ky pikëzim ka një vlerë parashikimi të pranueshme për vdekshmërinë, dhe përmirësimet në pikëzim është vënë re se lidhen me rezultate më të mira në ecurinë e pacientit.

P5 (b): Cilat ndërhyrje janë efektive në përmirësimin e gjendjes nutricionalë në pacientët e moshuar/pacientët e brishtë me SRK të përparuar (FG<45ml/min/1.73m² ose në dializë)?

5b.1 Ne sugjerojmë një periudhë testi të përdorimit të një dietë të organizuar mirë sipas këshillave dhe suportit mjekësor, me qëllim përmirësimin e gjendjes nutricionalë (2C).

Rekomandime në praktikën klinike:

- Ruajtja e një gjëndje nutricionalë të mirë duhet të ketë përparësi mbi çdo kufizim tjetër në dietë.
- Nuk ka të dhëna të mjaftueshme që mbështesin më shumë suportin nutricional parenteral mbi atë oral.
- Korrigjimi i acidozës metabolike me suplemente orale është pa efekte anësore dhe është më pak e kushtueshme.

Komente

Malnutricioni dhe humbja e energjisë proteinike hasen shpesh tek pacientët e moshuar me SRK të përparuar (FG<45ml/min/1.73m²) dhe shoqërohen me shtim të vdekshmërisë (20-22). Përmirësimet në gjendjen nutricionalë është parë se përmirësojnë rezultatet klinike, por edhe pse janë sugjeruar një sërë ndërhyrjesh nutricionalë, farmakologjike dhe dialitike, mungojnë të dhëna të qarta nga studime të kontrolluara e të randomizuara. Pacientët me SRK të avancuar (FG<45ml/min/1.73m²) vihen shpesh në dieta shumë kufizuese. Për pacientët e moshuar këto dieta janë në majën e një sërë faktorëve të tjerë që reduktojnë shumë marrjet ushqimore, si psh kufizimi social, çrregullimi funksional dhe njohës, sëmundshmëria e shumëfishtë, problemet dentare, depresioni dhe marrja e shumë medikamenteve. Për këto arsye, mbetet i paqartë kujdesi optimal i ushqyerjes për pacientët e moshuar me SRK të avancuar dhe lind një nevojë për hartimin e udhërrëfyesve të bazuar në të dhëna studimore për parandalimin dhe trajtimin e malnutricionit.

Pjesa më madhe e studimeve mbi suplementet ushqimore orale flasin për përmirësime statistikisht të rëndësishme të parametrave nutricionalë përfshirë albuminën serike dhe VSG. Përmirësime të ngjashme u vunë re me ushqimin parenteral intradialitik, megjithëse në një SKR (studim të kontrolluar e randomizuar) kjo terapi nuk shfaqti më shumë rezultate sesa suplementet oralë (23). Duke korrigjuar acidozën metabolike me bikarbonat natriumi oral përmirësohet albumina dhe/ose VSG dhe nuk ka efekte anësore (24;25). Studimet lidhur me ndërhyrje të tjera farmakologjike që përfshijnë hormonin e rritjes (rGH) dhe nandrolone decanoate janë më shumë anektodike. Ka vetëm një studim mbi efektin që ka kujdesi i dietologut i cili sugjeron një

lidhje të pavarur mes kujdesit mbi 12 muaj të dietologut pre-dializë dhe përmirësimit të mbijetesës gjatë vitit të parë në dializë (26). Në përgjithësi cilësia e të dhënave është jo e mirë, në pjesën më të madhe studimet janë studime observuese të një qendre të vetme me numër të vogël pacientësh dhe kohëndjekje të shkurtër. Ka shumë pak studime të kontrolluara dhe randomizuara. Nuk ka një konsensus mbi përkufizimin e gjëndjes nutricionalë, kriterëve për përfshirje në studim, ose se cilat nga rezultatet e marra janë me vlerë në këtë popullatë. Asnjë studim nuk drejtoi impaktin e interveneteve nutricionalë në mortalitet. Të gjithë këto faktorë e bëjnë të vështirë vlerësimin e këtyre ndërhyrjeve.

P6: Cili është përfitimi i dializës në pacientët e moshuar dhe ata të brishtë?

6.1 Ne rekomandojmë përdorimin e mjeteve të vlefshme siç u shpjegua në P1 dhe P3 për të parashikuar rezultatet e mundshme duke ndihmuar në vendimin lidhur me opsionin më të mirë të TRZ (shiko tabelën 1).

6.2 Ne rekomandojmë që alternativa për trajtimin konservativ të diskutohet krahas alternativave të tjera të trajtimit e stadiit përfundimtar të SRK gjatë procesit të diskutimit dhe marrjes së vendimit për terapinë (**1D**).

6.3 Ne rekomandojmë se pikëzimi REIN mund të jetë efektiv në shtresëzimin e riskut për vdekshmëri në 6 muaj tek pacientët që do fillojnë TRZ (**1C**).

Këshilla për praktikën klinike

- Të dhënat për këtë topikë vijnë vetëm nga studime observuese.
- Për pacientët e moshuar dhe të brishtë me SRK stadi i 5-të, përfitimi në mbijetesë që sjell dializa mbi trajtimin konservator është akoma i paqartë.
- Probabiliteti, mbijetesa, cilësia e jetës dhe eksperiencia e të qënurit në dializë janë koncepte të vështira. Përdorimi i mjeteve të kuptueshme nga pacienti në mënyrë që ai të mund të vizualizojë këto koncepte ndoshta mund ta ndihmonte të kuptonte më mirë ndërthurjet e alternativave të ndryshme të trajtimit.
- Vlerësimi multidisiplinor i pacientëve të moshuar me SRK stadi i 5-të duhet të përfshijë funksionin konjektiv, statusin e të qënurit të brishtë, bashkë sëmundshmërinë dhe faktorët funksionalë, nutricionalë dhe psikosocialë.

Komente

Pse u shtrua kjo pyetje?

Numri i pacientëve të moshuar që trajtohen me dializë është rritur në mënyrë dramatike vitet e fundit. Vdekshmëria është veçanërisht e lartë në këtë grup pacientësh dhe një rol të rëndësishëm në të luan ndërprerja e dializës (27). Se sa dializa përmirëson mbijetesën në pacientët e moshuar dhe të brishtë në raport me trajtimin konservativ, dhe a e kryen ajo këtë, mbetet e paqartë (28;29). Fillimi i trajtimit dialitik ka impakt të madh gjithashtu dhe në cilësinë e jetës. Qetësimi i disa simptomave mbart një kosto të madhe mbi pacientin dhe familjen e tij. Prandaj duhen marrë vendime të rëndësishme për sa i përket përfitimeve që pacienti do ketë në mbijetesë në raport me kufizimet dhe barrën e rëndë të dializës.

Grupi i punës duke marrë në konsideratë që ka të dhëna të mjaftueshme që flasin se trajtimi konservativ mund të jetë një alternativë trajtimi e mundshme për të moshuarit dhe/ose për bashkë sëmundshmërinë dhe /ose për gjendjet funksionale të ulura, duke mos patur ndikim negativ në mbijetesë apo në cilësinë e jetës. Duke zgjedhur trajtimin konservativ në vënd të dializës do të evitohen shtrimet në spital dhe do të rritet aksesin në kujdesin paliativ. Megjithatë të dhënat vijnë vetëm nga studime observuese. Këto studime ishin të shumëllojshme në përmasa dhe kualitet. Popullatat përkufizoheshin nga kriteret e ndryshme, duke matur rezultate të ndryshme në periudha të ndryshme kohore në zona të ndryshme. Nuk kishte përkufizim standart mbi trajtimin konservativ. Shumica e studimeve përcaktonin pacientët vetëm mbi bazën e moshës. Statusi i brishtë ishte vlerësuar në mënyrë formale vetëm në një studim (30). Vendimi nëse do zgjidhet apo jo dializa si terapi duhet të vendoset në një kohë të mjaftueshme përpara se dializa të jetë e nevojshme. Ka mjete të vlerësuara të cilat mund të udhëheqin drejtimin e mendimeve në marrjen e vendimit. Ekuacioni me 4 variabla i Riskut për Insuficiencë Renale (ERIR) (4) dhe ekuacioni Bansal (6) (shiko P2 dhe P3) japin një vlerësim mbi riskun për progresion të insuficiencës renale, dhe vdekjes në pacientët me SRK të avancuar (tabela 1). Pikëzimi Rein (7) (shiko P3) vlerëson riskun për vdekshmëri në periudhë afatshkurtër nëse pacienti do fillojë dializën. Gjithashtu ekzistojnë mjete për të ndihmuar në marrjen e vendimeve. Mjete vizuale mund të ndihmojnë pacientët për të kuptuar risqet (31).

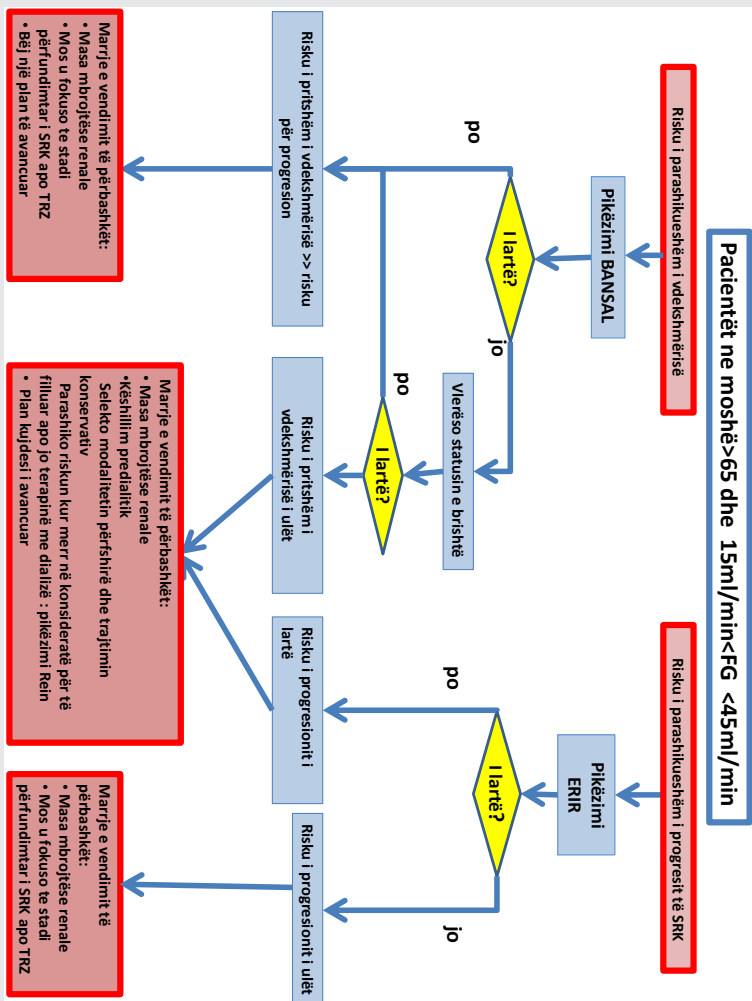
Lista e referencave

1. ERBP: Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR<45ml/min). Nephrology, Dialysis, Transplantation 2016.
2. van der Veer SN, van BW, Bernaert P, Bolignano D, Brown EA, Covic A, Farrington K, Jager KJ, Kooman J, Macias-Nunez JF, Mooney A, van Munster BC, Topinkova E, Van Den Noortgate NJ, Wirnsberger G, Michel JP, Nistor I: Priority topics for European multidisciplinary guidelines on the management of chronic kidney disease in older adults. *Int Urol Nephrol* 2016;48:859-869.
3. Nagler EV, Webster AC, Bolignano D, Haller MC, Nistor I, van der Veer SN, Fouque D, van BW: European Renal Best Practice (ERBP) Guideline development methodology: towards the best possible guidelines. *Nephrol Dial Transplant* 2014;29:731-738.
4. Tangri N, Grams ME, Levey AS, Coresh J, Appel LJ, Astor BC, Chodick G, Collins AJ, Djurdjev O, Elley CR, Evans M, Garg AX, Hallan SI, Inker LA, Ito S, Jee SH, Kovesdy CP, Kronenberg F, Heerspink HJ, Marks A, Nadkarni GN, Navaneethan SD, Nelson RG, Titze S, Sarnak MJ, Stengel B, Woodward M, Iseki K: Multinational Assessment of Accuracy of Equations for Predicting Risk of Kidney Failure: A Meta-analysis. *JAMA* 2016;315:164-174.
5. Tangri N, Stevens LA, Griffith J, Tighiouart H, Djurdjev O, Naimark D, Levin A, Levey AS: A predictive model for progression of chronic kidney disease to kidney failure. *JAMA* 2011;305:1553-1559.
6. Bansal N, Katz R, De Boer IH, Peralta CA, Fried LF, Siscovick DS, Rifkin DE, Hirsch C, Cummings SR, Harris TB, Kritchevsky SB, Sarnak MJ, Shlipak MG, Ix JH: Development and validation of a model to predict 5-year risk of death without ESRD among older adults with CKD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2015;10:363-371.
7. Couchoud CG, Beuscart JB, Aldigier JC, Brunet PJ, Moranne OP: Development of a risk stratification algorithm to improve patient-centered care and decision making for incident elderly patients with end-stage renal disease. *Kidney Int* 2015;88:1178-1186.
8. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, Van LF, Levey AS: Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA* 2007;298:2038-2047.
9. Hallan SI, Dahl K, Oien CM, Grootendorst DC, Aasberg A, Holmen J, Dekker FW: Screening strategies for chronic kidney disease in the general population: follow-up of cross sectional health survey. *BMJ* 2006;333:1047.
10. Johnson ES, Thorp ML, Platt RW, Smith DH: Predicting the risk of dialysis and transplant among patients with CKD: a retrospective cohort study. *Am J Kidney Dis* 2008;52:653-660.
11. Johnson ES, Thorp ML, Yang X, Charansonney OL, Smith DH: Predicting renal replacement therapy and mortality in CKD. *Am J Kidney Dis* 2007;50:559-565.
12. Li L, Astor BC, Lewis J, Hu B, Appel LJ, Lipkowitz MS, Toto RD, Wang X, Wright JT, Jr., Greene TH: Longitudinal progression trajectory of GFR among patients with CKD. *Am J Kidney Dis* 2012;59:504-512.
13. Coca SG, Singanamala S, Parikh CR: Chronic kidney disease after acute kidney injury: a systematic review and meta-analysis. *Kidney Int* 2012;81:442-448.
14. O'Hare AM, Choi AI, Bertenthal D, Bacchetti P, Garg AX, Kaufman JS, Walter LC, Mehta KM, Steinman MA, Allon M, McClellan WM, Landefeld CS: Age affects outcomes in chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:2758-2765.
15. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A: A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489-495.
16. Couchoud C, Labeeuw M, Moranne O, Allot V, Esnault V, Frimat L, Stengel B: A clinical score to predict 6-month prognosis in elderly patients starting dialysis for end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant* 2009;24:1553-1561.
17. Painter P, Roshanravan B: The association of physical activity and physical function with clinical outcomes in adults with chronic kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2013;22:615-623.
18. Heiwe S, Jacobson SH: Exercise training in adults with CKD: a systematic review and meta-analysis. *Am J Kidney Dis* 2014;64:383-393.

19. Painter P, Marcus RL: Assessing physical function and physical activity in patients with CKD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013;8:861-872.
20. Johansson L, Fouque D, Bellizzi V, Chauveau P, Kolko A, Molina P, Sezer S, Ter Wee PM, Teta D, Carrero JJ: As we grow old: nutritional considerations for older patients on dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2016.
21. Ikizler TA, Cano NJ, Franch H, Fouque D, Himmelfarb J, Kalantar-Zadeh K, Kuhlmann MK, Stenvinkel P, TerWee P, Teta D, Wang AY, Wanner C: Prevention and treatment of protein energy wasting in chronic kidney disease patients: a consensus statement by the International Society of Renal Nutrition and Metabolism. *Kidney Int* 2013;84:1096-1107.
22. Moreau-Gaudry X, Jean G, Genet L, Lataillade D, Legrand E, Kuentz F, Fouque D: A simple protein-energy wasting score predicts survival in maintenance hemodialysis patients. *J Ren Nutr* 2014;24:395-400.
23. Cano NJ, Fouque D, Roth H, Aparicio M, Azar R, Canaud B, Chauveau P, Combe C, Laville M, Leverve XM: Intradialytic parenteral nutrition does not improve survival in malnourished hemodialysis patients: a 2-year multicenter, prospective, randomized study. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:2583-2591.
24. Verove C, Maisonneuve N, El AA, Boldron A, Azar R: Effect of the correction of metabolic acidosis on nutritional status in elderly patients with chronic renal failure. *J Ren Nutr* 2002;12:224-228.
25. Szeto CC, Wong TY, Chow KM, Leung CB, Li PK: Oral sodium bicarbonate for the treatment of metabolic acidosis in peritoneal dialysis patients: a randomized placebo-control trial. *J Am Soc Nephrol* 2003;14:2119-2126.
26. Slinin Y, Guo H, Gilbertson DT, Mau LW, Ensrud K, Collins AJ, Ishani A: Prehemodialysis care by dietitians and first-year mortality after initiation of hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 2011;58:583-590.
27. van BW, van de Luijngaarden MW, Brown EA, Michel JP, van Munster BC, Jager KJ, van der Veer SN: Nephrologists' perceptions regarding dialysis withdrawal and palliative care in Europe: lessons from a European Renal Best Practice survey. *Nephrol Dial Transplant* 2015;30:1951-1958.
28. O'Connor NR, Kumar P: Conservative management of end-stage renal disease without dialysis: a systematic review. *J Palliat Med* 2012;15:228-235.
29. Foote C, Kotwal S, Gallagher M, Cass A, Brown M, Jardine M: Survival outcomes of supportive care versus dialysis therapies for elderly patients with end-stage kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Nephrology (Carlton)* 2016;21:241-253.
30. Rodriguez V, I, Ortega O, Hinojosa J, Cobo G, Gallar P, Mon C, Herrero JC, Ortiz M, Di GC, Olié A, Vigil A: Geriatric assessment for therapeutic decision-making regarding renal replacement in elderly patients with advanced chronic kidney disease. *Nephron Clin Pract* 2014;128:73-78.
31. Peeters P, van BW, Veys N, Lemahieu W, De MB, De MJ: External Validation of a risk stratification model to assist shared decision making for patients starting renal replacement therapy. *BMC Nephrol* 2016;17:41.

Tabela 1

Udhë e propozuar për ndjekjen e pacientëve të moshuar me SRK të përparuar. Pikëzimi ERIR është Ekuacioni me 4 variabla i Riskut për Insuficiencë Renale. (shih Pyetjen 2) Për pikëzimin Bansal dhe Rein shih Pyetjen 3.





Albanian 2017