

Promuovere la partecipazione alla ricerca di qualità sulla CKD durante tutto l'arco della vita

1

Definizione di CKD

La malattia renale cronica (CKD) è definita come la presenza di anomalie della struttura o della funzione renale per più di 3 mesi, con implicazioni per la salute. La definizione include molti marcatori di danno renale diversi (non solo la diminuzione di GFR e ACR) e la causa della CKD va ricercata attivamente (Figura 1). Per stabilirne la gravità e guidare il tipo e la tempistica degli interventi, la CKD viene classificata in base a: causa, GFR e ACR.

2

Distinzione tra AKD e CKD

È importante distinguere tra malattia renale acuta e cronica e accertarne la cronicità (Figura 2).

3

Cura della CKD lungo tutto l'arco della vita

La CKD colpisce lungo tutto l'arco della vita e, come per altre malattie croniche, la cura è influenzata dalla mutevolezza delle circostanze (Figura 3). Personalizzare diagnosi, valutazione del rischio e gestione, tenendo conto di età, sesso e genere. Agli estremi dell'età (giovannissimi/molto anziani) le procedure diagnostiche, gli obiettivi terapeutici, le modalità di trattamento e il processo decisionale sono differenti poiché la prognosi, le opzioni terapeutiche e le priorità sono differenti.

4

Diagnosi di CKD negli anziani

Per la diagnosi di CKD negli anziani, i dati epidemiologici di popolazione supportano il mantenimento della soglia di 60 ml/min/1,73 m² per il GFR anche in assenza di albuminuria significativa, dato l'elevato e crescente rischio relativo di esiti avversi al di sotto di tale soglia (Figura 4).

5

Valutazione più accurata del GFR

Stimare il valore del GFR da una combinazione di creatinina e cistatina C (eGFRcr-cys) migliora l'accuratezza e rafforza le relazioni di rischio. Nei casi in cui un valore più accurato ha un impatto sulle decisioni terapeutiche, il GFR va invece misurato.

6

Accuratezza e affidabilità

Nel determinare se una variazione è un vero cambiamento, comprendere la variabilità del GFR e dell'albumina urinaria e conoscere il valore e i limiti della metodologia di valutazione. Implementare gli standard di laboratorio richiesti per garantire accuratezza e affidabilità.

7

Equazione validata per la stima del GFR

Utilizzare un'equazione di stima del GFR validata per ricavare il GFR dai marcatori di filtrazione sierici (eGFR) e utilizzare la medesima equazione all'interno di una stessa regione geografica, riconoscendo che tali equazioni possono essere diverse per gli adulti e per i bambini (Figura 2).

8

Diagnostica point-of-care

Sono disponibili test point-of-care (POCT) per la misurazione della creatinina (sangue e saliva) e dell'albumina (urine); se di qualità adeguata, sono sufficientemente accurati da facilitare il percorso clinico nei contesti in cui l'accesso al laboratorio è limitato.

9

Strumenti validati per la valutazione del rischio

Utilizzare strumenti di valutazione del rischio validati come guida per il processo decisionale e per le tempistiche delle cure multidisciplinari. Scegliere lo strumento appropriato in base all'obiettivo di interesse: trattamento dell'insufficienza renale, eventi cardiaci o mortalità.

10

Tempistiche di valutazione e rivalutazione

Calendarizzare il follow-up e la rivalutazione usando strumenti di previsione del rischio e valutazione clinica validati, oltre a fare formazione, può contribuire a individuare meglio i target di cura per supportare le persone con CKD e le loro famiglie. Questo approccio fa parte dell'assistenza longitudinale.

Figura 1

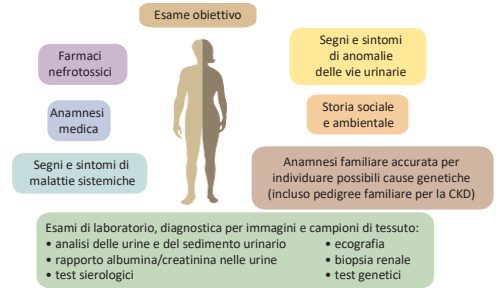


Figura 2

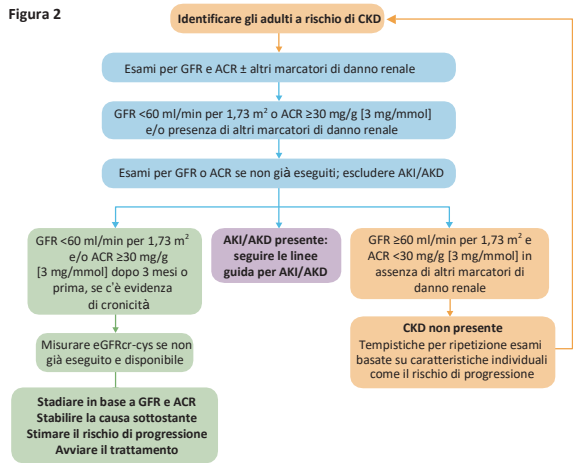


Figura 3

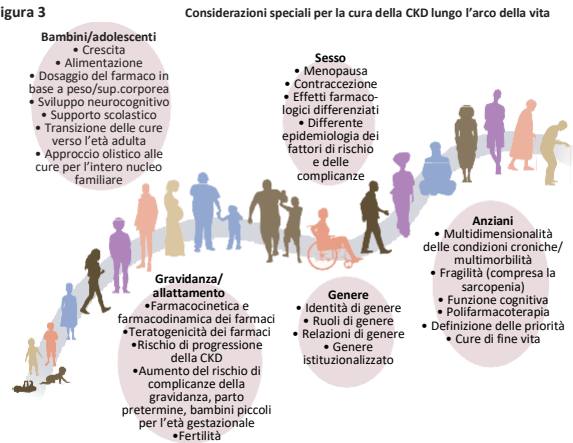


Figura 4

Associazioni tra la stadiazione della malattia renale cronica (CKD) basata sulla velocità di filtrazione glomerulare stimata tramite creatinina e cistatina C (eGFRcr-cys), le categorie di rapporto albumina-creatinina (ACR) e il rischio per 10 complicità comuni per la fascia di età 65+ in analisi multivariabili aggiustate. (Titolo tratto dal documento originale completo)

Età 65+	ACR, mg/g				ACR, mg/g			
	<10	10-29	30-299	300+	<10	10-29	30-299	300+
Mortalità per tutte le cause								
105+	1,7	1,4	1,9	3,5	0,97	1,4	2,0	1,9
30-104	1,8	1,2	1,4	2,0	1,1	1,2	1,5	1,9
40-89	1,2	1,5	1,8	3,3	1,1	1,4	1,8	1,9
45-59	1,6	2,0	2,4	2,9	1,6	1,9	2,3	3,4
30-44	2,0	2,4	3,2	4,1	2,1	2,6	3,1	3,8
<30	3,4	4,1	5,1	6,5	4,0	3,0	5,1	6,0
Mortalità cardiovascolare								
105+	1,1	1,5	2,0	12	1,2	1,3	1,5	3,1
30-104	1,1	1,4	1,4	3,4	1,1	1,3	1,3	2,8
40-89	1,2	1,7	2,2	3,3	1,1	1,4	1,8	2,9
45-59	1,7	2,4	3,0	4,3	1,5	1,7	2,0	3,3
30-44	2,4	3,1	4,5	5,8	1,5	2,0	2,1	2,3
<30	5,7	5,2	5,1	7,8	1,7	2,0	2,4	4,8
Insufficienza cardiaca								
105+	2,0	1,0	2,1		0,99	1,5	1,7	7,0
30-104	1,1	1,2	4,7	10	1,1	1,5	1,5	2,2
40-89	1,2	1,5	6,7	13	1,1	1,4	1,8	2,9
45-59	3,7	7,9	16	42	1,6	2,0	2,9	4,1
30-44	1,4	1,4	46	137	2,3	2,9	3,5	6,1
<30	87	364	241	406	4,4	4,1	5,5	7,2
Lesione renale acuta								
105+	0,91	1,1	1,3	1,9	0,95	1,1	1,0	3,7
30-104	1,1	1,2	1,4	3,9	1,1	1,2	1,3	2,4
40-89	1,1	1,2	2,7	3,1	1,1	1,2	1,5	2,9
45-59	3,6	4,3	5,1	7,3	1,2	1,4	1,7	1,9
30-44	5,7	5,9	7,2	9,8	1,5	1,8	2,0	2,2
<30	10	11	11	22	1,8	1,8	2,2	3,2
Ricovero								
105+	1,0	1,1	1,2	2,3	1,1	1,3	2,9	4,9
30-104	1,1	1,2	1,3	1,4	1,1	1,3	2,0	2,9
40-89	1,2	1,2	1,3	1,5	1,1	1,6	1,6	2,9
45-59	1,2	1,2	1,4	1,6	2,0	2,8	3,1	3,1
30-44	1,5	1,4	1,6	2,0	3,5	2,8	3,8	5,9
<30	1,9	1,9	2,0	2,6	8,4	4,1	5,9	10