

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

1

Strategia di trattamento globale

Trattare le persone con CKD con una strategia di trattamento globale per ridurre il rischio di progressione della CKD e delle sue complicanze, che comprenda formazione, stile di vita, attività fisica, cessazione del fumo, dieta e medicinali, ove indicati (Figura 1).

2

Dieta sana e varia

Una dieta sana e variata, con un maggiore consumo di alimenti di origine vegetale rispetto a quelli di origine animale e un minor consumo di alimenti ultraprocesati, può avere effetti positivi sulle complicanze legate alla CKD progressiva, come acidosi, iperkaliemia e iperfosfatemia, con un minor rischio di deperimento proteico-energetico (Figura 1).

3

Controllo personalizzato della pressione

Personalizzare la terapia antipertensiva e gli obiettivi di trattamento nelle persone con fragilità, alto rischio di cadute, aspettativa di vita molto limitata o ipertensione ortostatica sintomatica (Figura 1).

4

RASi e SGLT2i

I trattamenti che ritardano la progressione della CKD con una solida base di evidenze comprendono gli inibitori del RAS (RASi) e del SGLT-2 (SGLT2i). Nelle persone con CKD e insufficienza cardiaca, gli SGLT2i danno benefici indipendentemente dall'albuminuria (Figura 1).

5

Variazioni acute dell'eGFR

È atteso un iniziale calo dell'eGFR in seguito all'avvio di terapie emodinamicamente attive, che includono sia i RASi che gli SGLT2i. Riduzioni del GFR $\geq 30\%$ rispetto al basale superano la variabilità attesa e richiedono una valutazione (Figura 2).

6

Malattia cardiovascolare e imaging

Stimare il rischio cardiovascolare a 10 anni con uno strumento validato che incorpori la CKD per guidare il trattamento per la prevenzione della malattia cardiovascolare. Per le persone con malattia cardiaca acuta/instabile, la CKD non è una controindicazione a una strategia invasiva. Gli studi di imaging non sono necessariamente controindicati nelle persone con CKD; i rischi/benefici vanno stimati individualmente. Sono disponibili strategie facilmente applicabili per ridurre il rischio legato ai mezzi di contrasto utilizzati.

7

Eseguire un'accurata revisione dei farmaci

Un'approfondita revisione dei farmaci va eseguita periodicamente e durante le transizioni di cura per valutare l'aderenza, la permanenza dell'indicazione e le potenziali interazioni tra i medicinali, poiché le persone con CKD hanno spesso regimi farmacologici complessi e vengono visitate da più specialisti (Figura 3). Esaminare e limitare l'uso di medicinali da banco, rimedi dietetici o erboristici che possono essere nocivi per le persone con CKD. Per la maggior parte delle persone e dei contesti clinici, le equazioni eGFR validate che utilizzano la creatinemia sono appropriate per il dosaggio dei farmaci. Ricordare che una misurazione validata [ovvero diretta] del GFR è la più accurata.

8

Interruzione e ripresa dei farmaci

Se i farmaci vengono sospesi durante una malattia acuta, comunicare al paziente e al personale sanitario un piano chiaro per la ripresa dei farmaci sospesi e assicurarsi di documentare questo evento nella cartella clinica. La mancata ripresa di questi farmaci può portare a danni involontari.

9

Controllo dei sintomi nella CKD

Identificare e valutare i sintomi nelle persone con CKD progressiva è importante per valorizzare i cambiamenti nella gestione clinica e riorientare il trattamento verso una gestione centrata sul paziente; può portare alla discussione sulle eventuali cure di supporto appropriate (Figura 4). Una comunicazione efficace e processi decisionali condivisi tra il personale medico e le persone in cura dovrebbero essere principi chiave che consentono di collaborare per identificare il carico dei sintomi, possibili strategie di trattamento e soluzioni incentrate sulla persona.

10

Pianificazione avanzata delle cure

I piani che affrontano i futuri stati di salute devono essere concordati congiuntamente con le persone con CKD e i loro familiari/caregiver ed essere noti a tutti (Figura 5). La pianificazione delle cure avanzate per coloro che scelgono le cure di supporto è particolarmente importante.

Figura 1

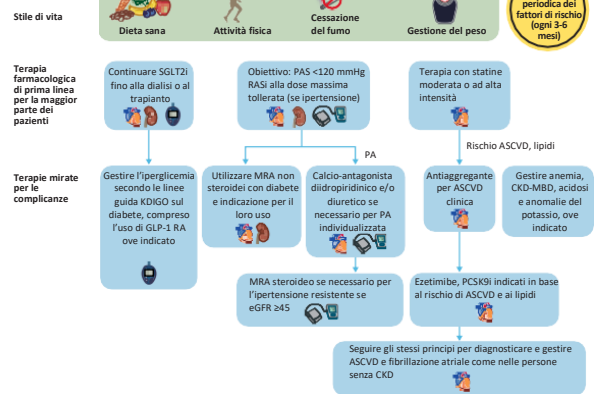


Figura 2

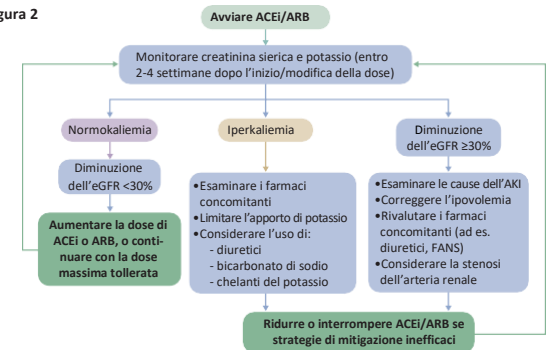


Figura 3



Figura 4

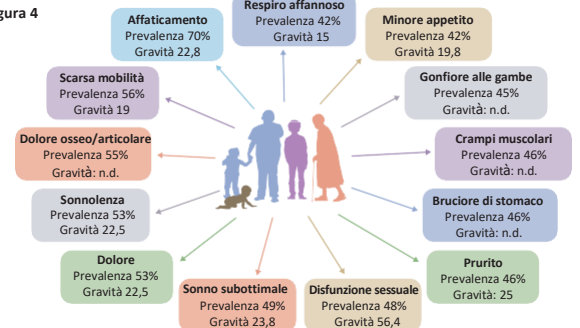
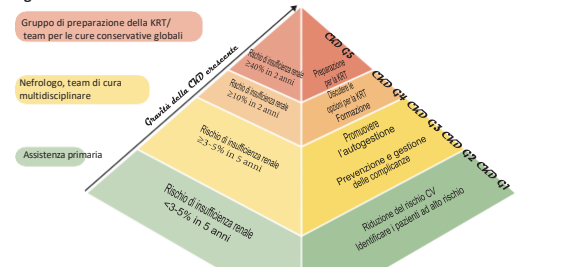


Figura 5



ACEi = inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina; AKI = danno renale acuto; ARB = bloccante del recettore dell'angiotensina II; ASCVD = malattia cardiovascolare aterosclerotica; CKD (chronic kidney disease) = malattia renale cronica; CKD-MBD = disturbo minerale e osseo da malattia renale cronica; (e)GFR = velocità di filtrazione glomerulare (stimata); GLP-1 RA = agonista del recettore del peptide-1 glucagone-simile; KRT (kidney replacement therapy) = terapia renale sostitutiva; MRA = antagonista dei recettori dei mineralocorticoidi; PA(S) = pressione arteriosa (sistolica); PCSK9i = inibitore della proproteina convertasi subtilisina/kexina di tipo 9; RAS(i) = (inibitori del) sistema renina-angiotensina; SCr = creatinina sierica; SGLT2i = inibitori del co-transportatore sodio-glucosio di tipo 2