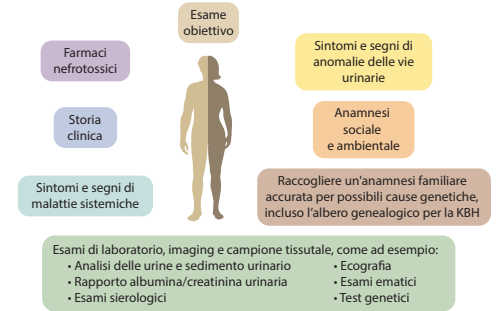


Promuovere la partecipazione a ricerche di alta qualità sulla CKD durante tutto l'arco della vita

1 Definizione di CKD

La CKD è definita secondo la presenza di anomalie della struttura o della funzione renale, presenti per più di 3 mesi, con implicazioni per la salute. La definizione non solo include la riduzione della velocità di filtrazione glomerulare (GFR) e il rapporto albumina-creatinina (ACR), ma anche diversi marcatori di danno renale; la causa della CKD dovrebbe essere attivamente ricercata (Figura 1). La CKD è classificata in base a causa, GFR e ACR per stabilirne la gravità e guidare sia la tipologia che le tempistiche degli interventi.

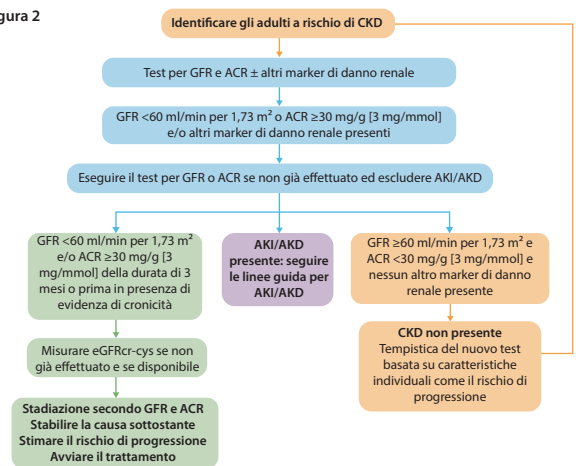
Figura 1



2 Distinguere tra AKD e CKD

È importante distinguere tra AKD e CKD e stabilirne la cronicità (Figura 2).

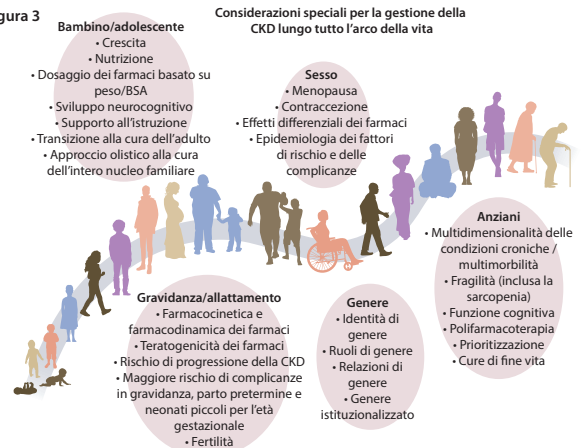
Figura 2



3 Assistenza per la CKD durante tutto l'arco della vita

La CKD colpisce le persone lungo tutto l'arco dell'esistenza e, in quanto condizione cronica, l'assistenza è influenzata dai cambiamenti nelle circostanze di vita (Figura 3). Per la diagnosi, la valutazione del rischio e il relativo trattamento vi è la necessità di utilizzare un approccio personalizzato che tenga conto dell'età, del sesso e del genere. Agli estremi dell'età (pazienti molto giovani e molto anziani), le procedure diagnostiche, gli obiettivi di trattamento, le modalità terapeutiche e i processi decisionali differiscono a causa di diversità in merito alla prognosi, opzioni terapeutiche e priorità.

Figura 3



4 Diagnosi della CKD negli adulti più anziani

I dati epidemiologici supportano il mantenimento della soglia di GFR di 60 ml/min/1,73 m² per la diagnosi di CKD negli adulti più anziani, anche in assenza di albuminuria significativa, con un rischio relativo di esiti avversi costantemente elevato e crescente sotto questa soglia (Figura 4).

5 Migliorare l'accuratezza della valutazione della GFR

La stima della GFR mediante una combinazione di creatinina e cistatina C (eGFRcr-cys) migliora l'accuratezza e rafforza la relazione con il rischio. La GFR dovrebbe essere misurata quando una determinazione più precisa sia in grado di influenzare le decisioni terapeutiche.

Figura 4

Età 65+	ACR, mg/g				ACR, mg/g			
	<10	10-29	30-299	300+	<10	10-29	30-299	300+
eGFRcr-cys	Mortalità per tutte le cause				Infarto miocardico			
105+	1.2	1.4	1.9	3.5	0.97	1.4	2.0	1.9
90-104	ref	1.2	1.4	2.0	ref	1.2	1.5	1.9
60-89	1.2	1.5	1.8	2.3	1.1	1.4	1.5	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	4.9	3.0	5.1	5.0
	Mortalità cardiovascolare				Ictus			
105+	1.1	1.5	2.0	3.2	1.2	1.3	1.5	3.3
90-104	ref	1.2	1.4	3.4	ref	1.2	1.3	2.8
60-89	1.2	1.7	2.2	3.1	1.1	1.4	1.8	2.5
45-59	1.7	2.4	3.0	4.3	1.5	1.7	2.0	2.3
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
	Terapia sostitutiva renale				Insufficienza cardiaca			
105+	2.0	1.0	2.1		0.99	1.5	1.7	7.0
90-104	ref	1.9	4.7		ref	1.3	1.5	2.2
60-89	1.4	2.1	6.2	1.9	1.2	1.5	2.0	3.2
45-59	3.7	7.9	16	42	1.6	2.0	2.9	4.1
30-44	14	14	46	137	2.3	2.9	3.5	6.1
<30	87	364	241	406	4.4	4.3	5.5	7.2
	Danno renale acuto				Fibrillazione atriale			
105+	0.91	1.1	1.3	1.9	0.95	1.1	1.0	3.7
90-104	ref	1.3	1.4	3.9	ref	1.2	1.3	2.4
60-89	1.5	2.1	2.7	4.9	1.1	1.2	1.5	2.0
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
	Ospedalizzazione				Arteripatia periferica			
105+	1.0	1.1	1.2	2.2	1.1	2.3	2.9	4.9
90-104	ref	1.1	1.3	1.4	ref	1.2	2.0	4.8
60-89	1.2	1.2	1.3	3.4	ref	1.2	1.5	2.0
45-59	1.2	1.4	1.6	2.0	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	4.3	5.9	10

6 Accuratezza e affidabilità

Comprendere la variabilità della GFR e dell'albumina urinaria e il valore e i limiti delle metodologie di valutazione per determinare se un cambiamento sia reale o meno. Implementare standard laboratoristici appropriati per garantire accuratezza e affidabilità.

7 Utilizzo di un'equazione validata per la stima della GFR

Usare un'equazione validata per stimare la GFR a partire dai marcatori di filtrazione plasmatica (eGFR) e adottare la stessa equazione entro aree geografiche, tenendo presente che tali equazioni possono differire tra adulti e bambini (Figura 2).

8 Test point-of-care

I test point-of-care (POCT) per la creatinina (sangue e saliva) e la misurazione dell'albumina urinaria sono disponibili e, se adeguatamente certificati in termini di qualità, sono sufficientemente accurati per facilitare il percorso clinico laddove l'accesso ai laboratori sia limitato.

9 Utilizzare strumenti validati per la valutazione del rischio

Utilizzare strumenti validati per la valutazione del rischio per supportare il processo decisionale e la tempistica dell'assistenza multidisciplinare. Scegliere lo strumento appropriato per l'evento di interesse: trattamento dell'insufficienza renale, eventi cardiaci o mortalità.

10 Tempistica della valutazione e rivalutazione

L'utilizzo di una tempistica appropriata di follow-up e rivalutazione che impieghi strumenti validati di previsione del rischio e valutazione clinica, insieme all'educazione, possono favorire una migliore selezione degli obiettivi di cura a sostegno delle persone e delle famiglie che convivono con la CKD. Questo approccio rientra nel concetto di cura longitudinale.

ACR, rapporto albumina/creatinina; AKD, malattia renale acuta; CKD, malattia renale cronica; cr, creatinina; cys, cistatina C; (e)GFR, velocità di filtrazione glomerulare (stimata)