



**AFLAȚI DE CE
ESTE IMPORTANT
DIAGNOSTICUL BCR**

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.



ERA susține promovarea educației în general; prin urmare, conținutul specific al acestui material este responsabilitatea AstraZeneca.

Cuprins

3	Prevalență și diagnostic
4	Diagnosticul face diferența
5	Impactul intervenției precoce
7	Când discutați cu pacienții despre BCR
8	Stadiile BCR
10	Factorii de risc
11	Putem să ajutăm

ÎNCEPEȚI 



PREVALENȚĂ CRESCUTĂ. SUBDIAGNOSTIC.



Boala cronică de rinichi (BCR) este o afecțiune care poate pune viața pacienților în pericol. Este frecvent subdiagnosticată.¹ 9 din 10 persoane cu BCR nu știu că au această boală – atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare.¹ Chiar și în stadiul 3, sunt diagnosticate numai 10% din cazuri.^{2,3}

BCR este o „boală silențioasă”, ceea ce contribuie la diagnosticul suboptimal, majoritatea pacienților prezentând simptome doar în stadiile avansate.⁴



Fiți vigilenți pentru binele pacienților care depind de dumneavoastră pentru stabilirea diagnosticului BCR. Această broșură oferă informații și observații pe care le puteți utiliza atunci când discutați despre BCR cu pacienții dumneavoastră – ce pacienți prezintă risc crescut, ghidurile de screening și motivul pentru care intervenția precoce poate ajuta la încetinirea progresiei bolii.

„Conștientizarea riscului ar fi reprezentat un semnal de alarmă.”

- Pacient cu BCR



DUMNEAVOSTRĂ PUTEȚI FACE DIFERENȚA.



▶ Puteți face diferența atunci când diagnosticați BCR în stadiul inițial. Identificarea pacienților și intervențiile precoce pot încetini progresia bolii, pot contribui la menținerea funcției renale și reducerea complicațiilor.^{2,5}



• Acordați atenție în mod special pacienților care prezintă un risc crescut. Hipertensiunea arterială și diabetul sunt cele mai frecvente cauze ale BCR și insuficienței renale la adulți.^{1,6,7} Alți factori de risc frecvenți sunt bolile cardiovasculare.⁷

• Verificați periodic RFGe atunci când evaluați profilul metabolic al pacienților dumneavoastră. Cunoașterea acestor valori poate oferi indicații pentru un diagnostic precoce, permițând astfel intervențiile adecvate. Ajutați pacienții să trăiască mai mult timp așa cum își doresc.^{2,5}

BCR = boală cronică de rinichi; RFGe = rata filtrării glomerulare estimată.

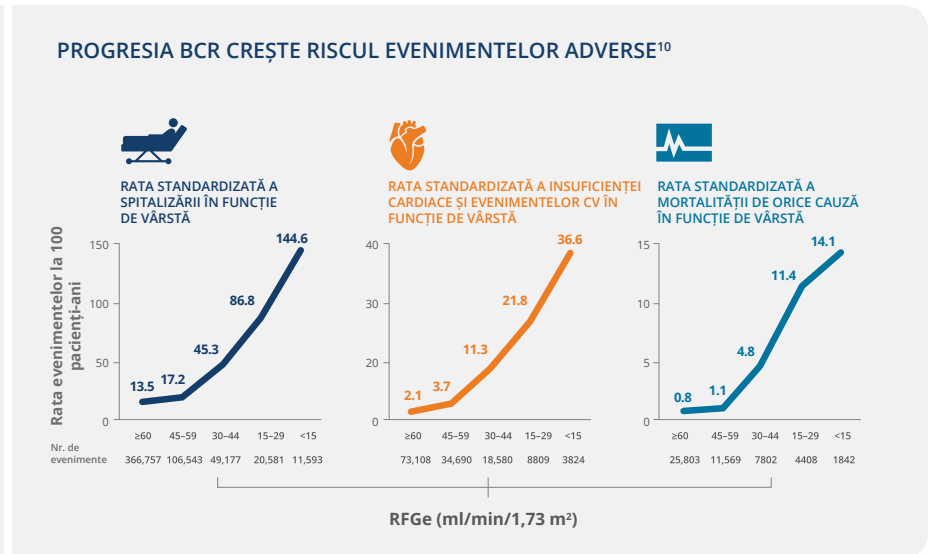
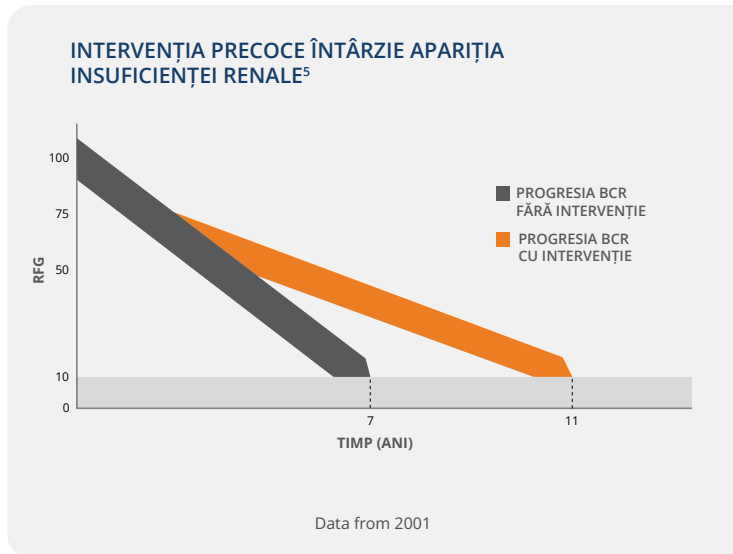


**„Aș dori să le spun celorlalți
pacienți recent diagnosticați
să nu intre în panică.”**

- Pacient cu BCR

INTERVENȚIA PRECOCE: IMPACT SEMNIFICATIV

S-a dovedit că intervenția precoce încetinește progresia BCR și reduce riscul complicațiilor, în timp ce reducerea funcției renale determină efecte extinse, cu o evoluție nefavorabilă, care include evenimente CV, spitalizare și deces.^{2,5,8}



Adaptat după Alabama Public Department of Health, 2007.

Adaptat după Go AS et al, 2004.

BCR = boală cronică de rinichi; CV = cardiovascular; RFGe = rata filtrării glomerulare estimată



ÎN INTERIORUL RINICHIULUI, PRESIUNEA CREȘTE - CEEA CE POATE DETERMINA O EVOLUȚE NEFAVORABILĂ.



Cu toate că este posibil ca pacienții să nu prezinte inițial simptome de BCR, presiunea intraglomerulară este în creștere.^{1,6,11}

Fără evaluare și intervenție, această presiune poate produce leziuni ireversibile ale nefronilor, cu reducerea funcției renale, evoluție nefavorabilă și, în cele din urmă, o calitate mai redusă a vieții.^{1,2,9}



BCR este considerată un „multiplicator de boală” și deseori apare în asociere cu alte afecțiuni evolutive.⁴ De exemplu, într-un studiu din SUA, pacienții vârstnici cu BCR au risc de 13 ori mai mare pentru deces de orice cauză și de 6 ori mai mare pentru deces de cauză cardiovasculară față de progresia către stadiul terminal (BRST).^{10,11}

BRST=boală de rinichi în stadiul terminal.

*„La început este o boală
silentioasă.”*

- Pacient cu BCR





NU AMÂNAȚI DISCUȚIA CU PACIENȚII DESPRE BCR.



Nu este niciodată ușor să comunicăm un diagnostic „nefast” unui pacient. BCR nu face excepție, iar această situație este complicată de faptul că mulți pacienți înțeleg greu cum funcționează rinichii sau ce înseamnă BCR. Singurul lucru pe care îl știu despre BCR poate fi amenințarea dializei, dar le puteți oferi pacienților dumneavoastră speranța care însoțește intervenția precoce: încetinirea progresiei bolii și prelungirea duratei de viață fără dializă.

**„Nimeni nu a mai vorbit
vreodată cu mine
despre BCR.”**







- Pacient cu BCR



REDUCEȚI PRESIUNEA. DIAGNOSTICAȚI ȘI DISCUTAȚI.

Diagnosticul precoce este esențial. Instrumentele necesare diagnosticului sunt disponibile imediat. Calculul RFG în cadrul evaluării profilului metabolic al pacienților dumneavoastră vă poate ajuta să urmăriți ușor funcția renală.

Verificați dacă laboratoarele cu care colaborați pot calcula RFGe. Rezultatele testelor privind reducerea funcției renale pot fi ușor transmise pacienților dumneavoastră.

STADIUL		GFR	% OF KIDNEY FUNCTION	
STADIUL 1	Afectare renală minimă cu funcție renală normală	90 sau peste	90%-100%	
STADIUL 2	Afectare renală cu reducerea ușoară a funcției renale	60 - 89	60 - 89	
STADIUL 3a	Reducere ușoară sau moderată a funcției renale	45 - 59	45 - 59	
STADIUL 3b	Reducere moderată sau severă a funcției renale	30 - 44	30 - 44	
STADIUL 4	Reducere severă a funcției renale	15 - 29	15 - 29	
STADIUL 5	Insuficiență renală	<15	<15	

Adaptat după National Kidney Foundation.



REDUCEȚI PRESIUNEA. DIAGNOSTICAȚI ȘI DISCUȚAȚI.

În plus față de RFGe, raportul albumină/creatinină în urină (UACR) oferă alte informații sau confirmă diagnosticul BCR; această evaluare este necesară pentru confirmarea Stadiului. Documentul de poziție al ISN, KDIGO, WONCA și PCDE include recomandări pentru identificarea precoce și managementul BCR.¹³

RECOMANDĂRI PENTRU MANAGEMENTUL BCR

În funcție de categoriile RFG și albuminurie

				Categoriile de albuminurie persistentă Descriere și interval de valori		
				A1	A2	A3
				Normal până la ușor crescut <30 mg/g <3 mg/mmol	Moderat crescut 30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	Sever crescut >300 mg/g >30 mg/mmol
Stadiul în funcție de RFG Descriere și interval	1	Normal sau crescut	≥90	Monitorizați	Tratați	Tratați în colaborare cu nefrologul
	2	Ușor scăzut	60-89	Monitorizați	Tratați	Tratați în colaborare cu nefrologul
	3a	Ușor până la moderat scăzut	45-59	Tratați	Tratați	Tratați în colaborare cu nefrologul
	3b	Moderat până la sever scăzut	30-44	Tratați	Tratați în colaborare cu nefrologul	Tratați în colaborare cu nefrologul
	4	Sever scăzut	15-29	Tratați în colaborare cu nefrologul	Tratați în colaborare cu nefrologul	Tratați în colaborare cu nefrologul
	5	Insuficiență renală	<15	Tratați în colaborare cu nefrologul	Tratați în colaborare cu nefrologul	Tratați în colaborare cu nefrologul

Risc mic Boală stabilă sau nu este BCR, dacă lipsesc alte elemente diagnostice de afectare renală. Necesită repetarea analizelor anual sau chiar mai des, dacă apar noi simptome/factori de risc	
Risc moderat crescut necesită repetarea analizelor anual	Risc înalt Necesită repetarea analizelor de 2 ori/an
Risc foarte înalt Tratați în colaborare cu nefrologul necesită repetarea analizelor de 3 ori/an	
Necesită repetarea analizelor de cel puțin 4 ori/an (la 1-3 luni)	

Adaptat după documentul Chronic Kidney Disease (CKD) Early Identification and Intervention in Primary Care - accesați întregul document ISN-KDIGO CKD Early Identification & Intervention toolkit <https://www.theisn.org/initiatives/ckd-early-screening-intervention/#PrimaryCare>

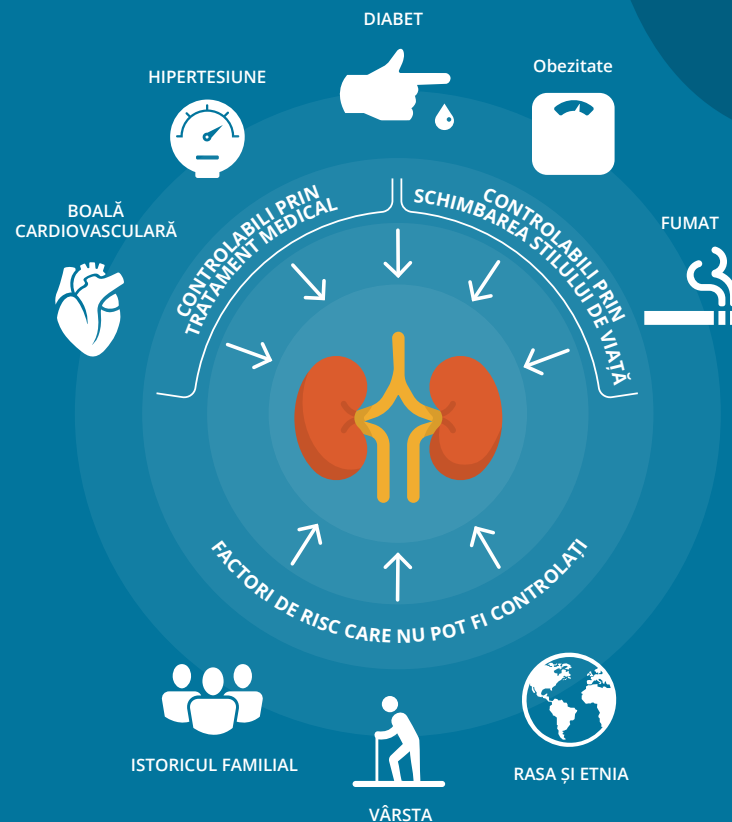
KDIGO = Kidney Disease: Improving Global Outcomes. ISN = International Society of Nephrology; WONCA = World Organization of Family Doctors; PCDE = Primary Care Diabetes Europe"



FACTORII DE RISC PENTRU BCR

Cu toate că hipertensiunea arterială, diabetul zaharat și bolile cardiovasculare sunt cei mai importanți factori de risc pentru BCR, există și alți factori, iar unii dintre aceștia pot fi controlați.⁶⁻⁸ Pacienții care întrunesc unul sau mai multe dintre aceste criterii au risc crescut; aceștia trebuie evaluați periodic.^{4,8}

Figura alăturată prezintă categoriile de factori de risc: unii dintre aceștia nu pot fi modificați, în timp ce asupra altora se poate acționa prin tratament și modificări ale stilului de viață.²⁰



PACIENȚII DEPIND DE DUMNEAVOASTRĂ. BCR POATE FI DIAGNOSTICATĂ DIN TIMP.

Evaluati deja la pacienții dumneavoastră tensiunea arterială, valorile glicemiei și ale colesterolului. De ce nu ar fi considerată și funcția renală o prioritate? BCR reprezintă o preocupare la fel de urgentă, iar diagnosticul în stadiile inițiale este esențial.^{1,5}

BCR este o afecțiune evolutivă care deseori nu se manifestă prin simptome înainte de progresia într-un stadiu avansat, mulți pacienți nu realizează că au această boală până în momentul în care se apropie de insuficiență renală.⁴

Dar, intervenind din timp, puteți ajuta prin încetinirea progresiei bolii, păstrând funcția renală și calitatea vieții.^{1,2,5} Iar prin progresul științei, veți putea face chiar mai mult, din timp, pentru această boală subdiagnosticată.

Așadar, evaluați periodic pacienții, mai ales pe cei care au risc crescut. Urmăriți valorile ce reflectă funcția renală – astfel se poate face diferența.



REFERINȚE

1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, Lancet, 2020;395(10225);709-733.
2. Ravera M, Noberasco G, Weiss U, et al. CKD awareness and blood pressure control in the primary care hypertensive population. Am J Kidney Dis. 2011;57(1):71-77.
3. Ryan TP, Sloand JA, Winters PC, Corsetti JP, Fisher SG. Chronic kidney disease prevalence and rate of diagnosis. Am J Med. 2007;120(11):981-986.
4. NIH NIDDK. Kidney Disease Stats. December 2016. Accesat în 20 aprilie 2021. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/kidney-disease>
5. Alabama Department of Public Health. Special Task Force on Chronic Kidney Disease report. Publicat în aprilie 2007. Accesat în 20 aprilie 2021. <https://www.alabamapublichealth.gov/publications/assets/kidneydiseasereport.pdf>
6. Ghaderian SB et al. J Renal Inj Prev. 2014;3(4):109-110.
7. Courser WG et al. Kidney Int. 2011;80(12):1258-1270.
8. National Kidney Foundation. Kidney disease: the basics. Factsheet. Publicat în 14 mai 2020. Accesat în 20 aprilie 2021. <https://www.newsroom/factsheets/KidneyDiseaseBasics>
9. Schnaper HW. Pediatr Nephrol. 2014;29(2):193-202.
10. Go Alan S et al. N Engl J Med 23 September 2004; 351:1296-1305.
11. Dalrymple LS et al. J Gen Intern Med. 2011;26(4):379-385.
12. National Kidney Foundation. Estimated glomerular filtration rate (eGFR). Publicat în 14 septembrie 2020. Accesat în 20 aprilie 2021. <https://www.kidney.org/atoz/content/gfr>
13. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2018/03/ADA-KDIGO-Consensus-Report-Diabetes-CKD-KI-2022.pdf>
15. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Race, ethnicity, & kidney disease. Martie 2014. Accesat în 20 aprilie 2021. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/race-ethnicity>
16. National Kidney Foundation. IgA Nephropathy. Publicat în 15 iunie 2020. Accesat în 20 aprilie 2021. <https://www.kidney.org/atoz/content/iganeph>
17. Kataoka-Yahiro M et al. BMC Nephrol. 2019;20(1):10.
18. Prakash S et al. Clin Nephrol. 2008;70(5):377-384.
19. Dummer Patric D et al. APOL1 kidney disease risk variants – an evolving landscape. Semin Nephrol 2015 May; 35(3):222-236. Accesat în 20 aprilie 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562465/>
20. Brück K et al. CKD Prevalence Varies across the European General Population.
21. J Am Soc Nephrol. 2016;27(7):2135-2147. 2016 July 27(7). Accesat în 20 aprilie 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4926978/#s1title>

