

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Nefrologia (SIN)

<p>1</p>	<p>Non eseguire clearance della creatinina in situazioni in cui non sia possibile avere un'accurata raccolta delle urine o quando non sia necessario avere un'idea della escrezione urinaria della creatinina; in questi casi è preferibile il calcolo del eGFR (volume del filtrato calcolato) per la valutazione della funzione renale.</p> <p>La determinazione della clearance (o volume di plasma depurato da una certa sostanza, in questo caso la creatinina) è una formula matematica in cui sono presenti 4 fattori: concentrazione creatinina ematica, concentrazione creatinina urinaria, volume urinario e tempo (24 ore, 1440 min). Il valore della clearance della creatinina è espresso infatti in ml/min corretto per la superficie corporea.</p> <p>La variazione di uno di questi parametri porta a valori non attendibili. Tra i 4 fattori, quello che si presta a molteplici variazioni ed è fonte di innumerevoli errori pratici è la raccolta della diuresi delle 24 ore. La prima urina del mattino va eliminata e va raccolta tutta l'urina sino al risveglio del mattino successivo. Per chi lavora fuori casa, per gli studenti la raccolta completa può essere un problema e raccolte parziali generano errori nella valutazione nell'eliminazione urinaria di creatinina. Basta utilizzare un contenitore pulito che contenga tutta l'urina della 24 ore, non è sufficiente portare un volume adeguato di tutta l'urina raccolta. Le imprecisioni sono estremamente frequenti. Per questo si è scelto sull'uso di formule che si basano su modelli statistici validati che tengono conto delle diverse variabili del paziente, età sesso, razza, ecc.</p>
<p>2</p>	<p>Non eseguire tomografia computerizzata (TC) per la diagnosi di calcolosi renale, ma impiegare in prima battuta preferibilmente l'ecografia.</p> <p>La presenza di calcolosi renale può essere evidenziata con semplice ecografia. L'ecografia evidenzia molto meglio i calcoli a contenuto di calcio, ma calcoli con altre composizione, escluso alcuni particolari (ad esempio quelli di cistina) sono evidenziabili. Talora anche con l'ecografia sono evidenziabili le conseguenze della presenza di calcoli (dilatazione a monte o addirittura ostruzione ureterale con aumento del diametro ureterale a monte del posizionamento del calcolo). L'ecografia è poco dispendiosa ed evita al paziente una certa quota di radiazioni. La TC è utile quando il calcolo per conformazione o posizione richiede una rimozione per via chirurgica o endoscopica o con onde d'urto.</p>
<p>3</p>	<p>Non effettuare la scelta della dialisi cronica senza un processo decisionale condiviso tra pazienti, le loro famiglie e i loro medici curanti.</p> <p>L'emodialisi è un trattamento impegnativo non solo per il paziente, ma anche per tutto l'ambito familiare. Le continue assenze dal lavoro, per i pazienti in età adulta, o giorni di scuola per i bambini sono già un importante fattore limitante una vita normale. Per gli anziani entra in gioco il trasporto, e la gestione a carico dei familiari, che spesso lavorano o hanno impegni importanti. La dialisi peritoneale è una scelta più adatta per i bambini e per giovani adulti sposati o almeno con una relazione fissa, in età lavorativa. Ha infatti il vantaggio di essere effettuata a domicilio del paziente, come d'altronde l'emodialisi domiciliare, che però non è ancora diffusa ancora nel nostro paese. Certamente occupare tutte le notti (nel fare la dialisi peritoneale) limitando molto la vita sociale non è gradito talora ai giovani e anche agli adulti. Dato il rilevante impatto sulla qualità di vita sia del paziente che dei familiari, la scelta tra il tipo di dialisi non deve essere dettata solo da problemi medici, ma deve tener conto anche delle caratteristiche di vita, dell'età e delle abitudini del paziente e dei suoi familiari.</p>
<p>4</p>	<p>Non somministrare agenti stimolanti dell'eritropoiesi (ESA) a pazienti con malattia renale cronica (CKD) con livelli spontanei di emoglobina tra 10 e 11 g/dL e senza sintomi di anemia. Lo stesso dicasi se non si dispone almeno del dosaggio della ferritinemia e della saturazione transferrica.</p> <p>Il target tra 10 e 11 gr/dL di emoglobina si è rilevato essere il livello di emoglobina che si accompagna nel paziente con Malattia Renale Cronica (CKD) ad un minor rischio di complicanze in particolar modo del sistema cardio-vascolare. Inoltre è inutile somministrare ESA se non si corregge il bilancio del Ferro deficitario. In questi casi non si avrebbe uno stimolo efficace sull'eritropoiesi.</p>
<p>5</p>	<p>Evitare i farmaci antinfiammatori non-steroidi (FANS) in pazienti affetti da ipertensione o insufficienza cardiaca o malattia renale cronica (CKD) da qualsiasi causa, compreso il diabete.</p> <p>Esistono numerosi farmaci che possono causare insufficienza renale e favorirne una più rapida progressione, pertanto sono da usare con particolare attenzione. I cosiddetti FANS (farmaci anti-infiammatori non steroidei) sono i farmaci più usati per il dolore (nimesulide, ketoprofene, diclofenac, ibuprofene, naprossene, piroxicam, ketorolac, meloxicam, venduti con diversi nomi commerciali). Tali farmaci possono provocare un danno, riducendo l'afflusso di sangue al rene, o interferendo con il sistema dell'acido arachidonico, delle prostaglandine e prostaciline. Il risultato finale è una riduzione del flusso di sangue che arriva ai glomeruli con conseguente ridotta filtrazione glomerulare, con aumento della creatinina, dell'azotemia e della pressione arteriosa. Questa condizione può essere anche irreversibile. Questa situazione è importante nei pazienti con malattia renale cronica (CKD) con riduzione della massa nefronica funzionante e vasocostrizione da iperfiltrazione e in particolar modo nei pazienti diabetici con CKD che hanno già una tendenza alla vasocostrizione, peggiorata dall'impiego di FANS.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Come si è giunti alla creazione della lista

Per individuare le cinque pratiche a rischio di inappropriata è stata creata, nell'ambito del consiglio Direttivo della Società Italiana di Nefrologia, una commissione specifica diretta dal dr. Alessandro Amore che con la collaborazione attiva di tutto il CD, particolarmente del dr. Sandro Feriozzi, ha stilato una lista di 22 pratiche a rischio di inappropriata. Queste pratiche sono state messe sul sito web della Società e sottoposte a votazione. Le cinque pratiche inappropriate più votate in assoluto, frutto di una votazione democratica di tutti i Soci attivi della Società Italiana di Nefrologia (289 Soci) sono state individuate come i 5 punti focali per la pubblicazione sul sito di Slow Medicine.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimating the glomerular filtration rate from serum creatinine is better than from cystatin C for evaluating risk factors associated with chronic kidney disease. Rule AD, Bailey KR, Lieske JC, Peyser PA, Turner ST. <i>Kidney Int.</i> 2013 Jun;83(6):1169-76. 2. Canadian Society of Nephrology commentary on the KDIGO clinical practice guideline for CKD evaluation and management. Akbari A, Clase CM, Acott P, Battistella M, Bello A, Feltmate P, Grill A, Karsanji M, Komenda P, Madore F, Manns BJ, Mahdavi S, Mustafa RA, Smyth A, Welcher ES. <i>Am J Kidney Dis.</i> 2015 Feb;65(2):177-205
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Techniques for Minimizing Radiation Exposure During Evaluation, Surgical Treatment, and Follow-up of Urinary Lithiasis. Javier L. Arenas, D. Duane Baldwin. <i>Acad Emerg Med.</i> 2011 Jul;18(7):699-707. 2. Radiological imaging of patients with suspected urinary tract stones: national trends, diagnoses, and predictors. Westphalen AC, Hsia RY, Maselli JH, Wang R, Gonzales R. <i>Radiology.</i> 2003 Aug;228(2):319-29. 3. Evaluation of the patient with flank pain and possible ureteral calculus. Tamm EP, Silverman PM, Shuman WP. <i>Radiology.</i> 2003 Aug;228(2):319-29 4. Ultrasonography versus computed tomography for suspected nephrolithiasis. Smith-Bindman R, Aubin C, Bailitz J, Bengiamin RN, Camargo CA Jr, Corbo J, Dean AJ, Goldstein RB, Griffey RT, Jay GD, Kang TL, Kriesel DR, Ma OJ, Mallin M, Manson W, Melnikow J, Miglioretti DL, Miller SK, Mills LD, Miner JR, Moghadassi M, Noble VE, Press GM, Stoller ML, Valencia VE, Wang J, Wang RC, Cummings SR. <i>N Engl J Med.</i> 2014 Sep 18;371(12):1100-10.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care Sara N Davison, Adeera Levin, Alvin H Moss, Vivekanand Jha, Edwina A Brown, Frank Brennan, Fliss E M Murtagh, Saraladevi Naicker, Michael J Germain, Donal J O'Donoghue, Rachael L Morton and Gregorio T Obrador. <i>Kidney International advance online publication</i> 29 April 2015;
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care Sara N Davison, Adeera Levin, Alvin H Moss, Vivekanand Jha, Edwina A Brown, Frank Brennan, Fliss E M Murtagh, Saraladevi Naicker, Michael J Germain, Donal J O'Donoghue, Rachael L Morton and Gregorio T Obrador. <i>Kidney International advance online publication</i> 29 April 2015; 2. Low levels of serum ferritin lead to adequate hemoglobin levels and good survival in hemodialysis patients. Ogawa C, Tsuchiya K, Kanda F, Maeda T. <i>Am J Nephrol.</i> 2014;40(6):561-70 3. Soluble transferrin receptors and reticulocyte hemoglobin concentration in the assessment of iron deficiency in hemodialysis patients. Fusaro M, Munaretto G, Spinello M, Rebeschini M, Amici G, Gallieni M, Piccoli A. <i>J Nephrol.</i> 2005 Jan-Feb;18(1):72-9 4. Relationship between responsiveness to erythropoiesis-stimulating agent and long-term outcomes in chronic hemodialysis patients: a single-center cohort study. Ogawa T, Shimizu H, Kyono A, Sato M, Yamashita T, Otsuka K, Nitta K. <i>Int Urol Nephrol.</i> 2014 Jan;46(1):151-9..
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and their risk: a story still in development. Simon LS. <i>Arthritis Res Ther.</i> 2013;15 Suppl 3:S1 2. Inappropriate use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and other drugs in chronic kidney disease patients without renal replacement therapy. Bilge U, Sahin G, Unluoglu I, Ipek M, Durdu M, Keskin A. <i>Ren Fail.</i> 2013 Jul;35(6):906-10 3. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and chronic kidney disease progression: a systematic review. Nderitu P, Doos L, Jones PW, Davies SJ, Kadam UT. <i>Fam Pract.</i> 2013 Jun;30(3):247-55

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **“Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy”** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriata in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, IPASVI, Change, Altroconsumo, Partecipasalute, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

La **Società italiana di nefrologia (SIN)**, fondata nel 1957, è una società non a scopo di lucro, apolitica, conta quasi 2.000 Soci. Gli obiettivi della SIN sono poliedrici: educazionali, sia congressuali che a distanza, costituzionali, legislativi, [rapporti con le autorità sanitarie (ministeri ed assessorati).per una nefrologia sempre più giusta sobria e rispettosa.] E' gestrice di due riviste, una nazionale ed una internazionale con un IF di circa 2. Estende le linee guida per molti percorsi medico nefrologici e dialitici e recentemente ha stilato accordi con diverse società scientifiche quali la SIF (Società italiana di Farmacologia) per stilare un documento di gestione pratica dei pazienti trapiantati nei centri periferici. Recentemente ha aderito a due importanti campagne, Slow Medicine e “Aderisco perché”, rivolta alla educazione dei pazienti portatori di trapianti di rene e alla stretta aderenza collaborativa per l'assunzione dei farmaci immunosoppressori nei soggetti trapiantati.