

II Jornada Malaltia Renal Crònica



Sílvia Cobo

Medicina Familiar i Comunitària. EAP La Gavarra. Cornellà de Llobregat
Grup de Recerca MARCEVAP (IDIAP Jordi Gol)
Grup de treball de Malaltia Renal Crònica (Camfic)

Patrocina:



Barcelona, 22 d'octubre de 2024

Per què una actualització?



2012

- La prevalença creix exponencialment
- Augment dels casos que entren en TRS
- Tasa molt elevada d'infradiagnòstic i de seguiment
- Importants evidències per millorar el maneig i enlentir la progressió



2023

Principals canvis...

DEFINICIÓ

Microalbuminúria (30-300 mg/g)



Albuminúria elevada (augment moderat)

Macroalbuminúria (>300 mg/g)



Albuminúria molt elevada (augment greu)

Principals canvis...

POBLACIÓ D'ALT RISC

2012

- Hipertensos
- Diabètics
- Malaltia Cardiovascular
- Familiars amb malaltia renal hereditària

... determinació anual de FGe (MDRD) i albuminúria

2023

- **Hipertensos**
- **Diabètics**
- **Malaltia vascular**
- Familiars amb malaltia renal hereditària
- Antecedents de dany renal agut
- Obesitat
- Altres comorbiditats: LES, fàrmacs nefrotòxics, preeclàmpsia
- ... determinació anual de FGe (CKD-EPI) i albuminúria

Individualitzar

Principals canvis...

CLASSIFICACIÓ I RISC

2012

Factors de progressió:

- Proteïnúria
- Hipertensió arterial
- Mal control glucèmic
- Tabac
- Fàrmacs nefrotòxics

2023

Factors de progressió:

- Proteïnúria
- Hipertensió arterial
- Diabetes mellitus
- Tabac
- Fàrmacs nefrotòxics
- Malaltia vascular
- Obesitat
- Obstrucció urinària
- Acidosi metabòlica
- Fallo renal agut
- Ingressos per IC
- Raça negra

Taula 1. Pronòstic de la malaltia renal crònica segons les categories de filtrat glomerular i d'albuminúria

Pronòstic de la malaltia renal crònica segons el filtrat glomerular estimat i l'albuminúria (KDIGO 2012)				Categories d'albuminúria		
				Descripció i interval		
				A1	A2	A3
				Normal o augment lleu	Augment moderat	Augment sever
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Categories per filtrat glomerular estimat, descripció i rang (mL/min/1,73 m ²)	G1	Normal o alt	≥ 90			
	G2	Disminució lleu	60-89			
	G3a	Disminució lleu-moderada	45-59			
	G3b	Disminució moderada-greu	30-44			
	G4	Disminució greu	15-29			
	G5	Fallida renal	<15			

Els colors indiquen el risc relatiu ajustat per a cinc esdeveniments (mortalitat global, mortalitat cardiovascular, fallida renal tractada amb diàlisi o transplantament, fallida renal aguda i progressió de la malaltia renal) a partir d'una metaanàlisi de cohorts de població general. Verd: risc baix; groc: moderat; taronja: alt; vermell: molt alt.

CONCEPTE DE REGRESSIÓ

2023

- La Malaltia Renal pot millorar en algunes persones, espontàniament o com a resposta al tractament
- La probabilitat de regressió disminueix en presència d'albuminúria greu
- **Reducció de l'albuminúria:** d'increment de grau A3 a moderat A2, o d'increment moderat A2 a normoalbuminúria A1, almenys en dues determinacions consecutives separades 4 setmanes
- **FGe:** augment de l'FGe >25% en almenys dues determinacions consecutives.

MANEIG DE LES COMPLICACIONS ASSOCIADES

2023

Recomanacions pel maneig de:

- Anèmia
- Trastorns del metabolisme mineral i ossi
- Acidosi metabòlica
- Hiperpotassèmia

Anexos:

- Dieta de baix contingut en potasi
- Dieta de baix contingut en fòsfor
- Taula de composició d'aliments
- Recomanació d'us d'aplicacions (PUKONO, Nefrodiet)

OBJECTIUS TERAPÈUTICS

2012

- TA <140/90 mmHg (<130/80 mmHg si proteïnúria >500 mg/g)
- Reduir la proteïnúria < 500mg/g (amb antagonistes del SRAA)
- Control glucèmic: HbA_{1c} < 6,5-7,5%
- Control lipídic: cLDL <100 mg/dl

- TA <130/70-79 mmHg (≤65 anys o albuminúria ↑)
130-139/70-79 mmHg (>65 anys)
- Si albuminúria > 300 mg/g: es **recomana** IECA/ARA 2 a les màximes dosis tolerades (independentment de si té o no HTA)
- Si albuminúria 30-300mg/g es **suggereix** IECA/ARA 2
- Si albuminúria > 200 mg/g: efecte nefroprotector de dapa i empagliflozina
- Control glucèmic: HbA_{1c} < 6,5-8,5%
- Control lipídic: cLDL <70 mg/dl, o <55 mg/dl en estadios 4 o 5. En pacients d'edat avançada i MRC moderada (3b) sense malaltia vascular ni albuminúria són acceptables objectius de LDL menys estrictes
- Pacients amb DM2: iSGLT2

Principals canvis...

MRC I SITUACIONS ESPECIALS

2023

Maneig de la MRC en situacions especials:

- Obesitat
- Edat avançada i comorbiditat
- Hiperuricèmia i gota

Principals canvis...

CRITERIS DE DERIVACIÓ O CONSULTA

2012

Taula 5. Criteris de derivació de pacients amb MRC a l'atenció especialitzada

	Indicació	Especialitat
MRC estadi 3	<45 ml/min i <70 anys	Nefrologia
MRC estadi 4	Tots els <75 anys. ≥75 anys segons comorbiditats	Nefrologia
MRC estadi 5	Tots	Nefrologia
Velocitat de progressió	MRC 3-4 que progressi ràpidament (>5ml/min/1,73m ² en 1 any)*	Nefrologia
Fracàs renal agut	Empitjorament de creatinina plasmàtica >25% en <1 mes	Nefrologia
Proteinúria	>500 mg/g o >1gr/24h	Nefrologia
Hematúria	Albuminúria >300 mg/g amb hematúria	Nefrologia
HTA	MRC amb HTA mal controlada malgrat l'ús de 3 fàrmacs sinèrgics, un d'ells un diürètic a dosis plenes tolerades Sospita d'estenosi d'artèria renal	Hipertensió o Nefrologia
Anèmia	Hb <11 g/dL, descartades ferropènia o altres causes d'anèmia	Nefrologia
Hiperkalèmia	K >5,5 mmol/L malgrat tractament	Nefrologia
Altres	Sospita de causes genètiques de MRC	Nefrologia

*Focalitzar particularment en aquells en que el ritme de caiguda portaria a necessitat de tractament substitutiu per la seva esperança de vida

2023

FGe:

- Pacients amb FGe < 30 (excepte si > 80 anys sense progressió renal)
- Pacients > 80 anys + FGe < 20 (amb bona situació de base)

Albuminúria:

- QAC > 300 mg/g amb tractament antialbuminúric recomenat
- Albuminúria + hematúria no urològica

Progressió:

- Empitjorament agut de la funció renal
- Caiguda del FGe > 30% després d'iniciar ISRAA, ISGLT2
- Ràpida progressió de l'MRC (disminució de l'FGe >5 mL/min/1,73 m²/any) durant 2 anys consecutius.

Principals canvis...

TASQUES DE CADA EQUIP ASSISTENCIAL

2012

Tasques de l'equip d'Atenció Primària	Tasques de l'equip de Nefrologia
Controlar la pressió arterial i ajustar tractament (veure punt 6. Objectius terapèutics)	
Valorar l'albuminúria (veure punt 6. Objectius terapèutics)	
Valorar la progressió de la MRC	
Valorar control glicèmic i lipídic (veure punt 6. Objectius terapèutics)	
Revisar la medicació, ajustant la dosi d'acord al FGe. En MRC 3-5 minimitzar ús de nefrotòxics (fonamentalment AINEs i contrast radiològic)	
Revisar hàbits dietètics (dieta hiposòdica) i tabaquisme. En MRC 4-5, restriccions dietètiques de potassi i fòsfor si convé (veure annexos 2 i 3)	
Valorar la presència de trastorns electrolítics	Valorar la presència d'acidosis i trastorns electrolítics

Control del compliment de
 Valorar efectes secundaris
 Integració d'aspectes
 Seguiment dels problemes detectats
 Interrogatori sobre símptomes: nàusees, rampes, dispnea
 Valorar la presència de malgrat correcció de la derivació a Nefrologia
 estimuladors de l'eritropoesi
 Vacunacions indicades: (Estadis 4-5), Pneumococ

Taula 8. Anàlisi de seguiment recomanada a Atenció Primària

Sang	Orina
Hemograma	Quocient albúmina/creatinina en mostra espontània de primera orina matutina
Glucosa	Sediment si cal seguiment d'anomalies prèvies
HbA _{1c} (si Diabetis)	
Creatinina	
FGe (MDRD)	
Ionograma (Na, K)	
Perfil lipídic	
Si MRC 4-5: Ca, P i albúmina	

2023

Taula 5. Tasques de cada equip assistencial

Tasques de l'equip d'atenció primària	Tasques de l'equip de nefrologia
Controlar la pressió arterial i ajustar tractament (v. 7.2. Objectius terapèutics)	
Valorar l'albuminúria (v. 7.2. Objectius terapèutics)	
Valorar la progressió de l'MRC (v. 5.3 Valoració)	
Valorar els controls glicèmic i lipídic (v. 7.2. Objectius terapèutics)	
Revisar la medicació i ajustar la dosi d'acord amb l'FGe En l'MRC d'estadis 3-5 cal minimitzar l'ús de nefrotòxics (fonamentalment d'AINE i de contrast radiològic), de metformina i de nous anticoagulants orals	
Revisar hàbits dietètics (dieta hiposòdica) i tabaquisme En l'MRC d'estadis 4-5, cal fer restriccions dietètiques de potassi i fòsfor si convé (v. annexos 2 i 3)	

Empoderar el pacient

Valorar la presència de trastorns electrolítics
 Control del compliment del tractament
 Valorar efectes secundaris dels fàrmacs
 Seguiment dels problemes detectats
 Interrogatori sobre símptomes: astúcia, nàusees, rampes, dispnea, edema, etc.
 Valorar la presència d'anèmia. Si l'Hb <10,5 g/dL malgrat la correcció de l'FGe, el déficit de factors de maduració, derivació a nefrologia per iniciar a l'eritropoesi
 Vacunacions indicades: grip (estadis 4-5), pneumococ (estadi 5)

Taula 6. Anàlisi de seguiment recomanada a atenció primària

Sang	Orina
Hemograma	Quocient albúmina/creatinina en mostra espontània de primera orina matutina
Glucosa	Sediment en estudi inicial i en seguiment si s'han detectat anomalies
HbA _{1c} en cas de diabetis	
Creatinina	
FGe (CKD-EPI)	
Ionograma (Na, K)	
Perfil lipídic	
Si MRC d'estadi 4-5: Ca, P, PTH, vitamina D ₂₅ i albúmina	
Si anèmia: estudi de nivells de ferro, factors de maduració (B ₁₂ , folat)	



Moltes gràcies !



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

