

II Jornada Malaltia Renal Crònica

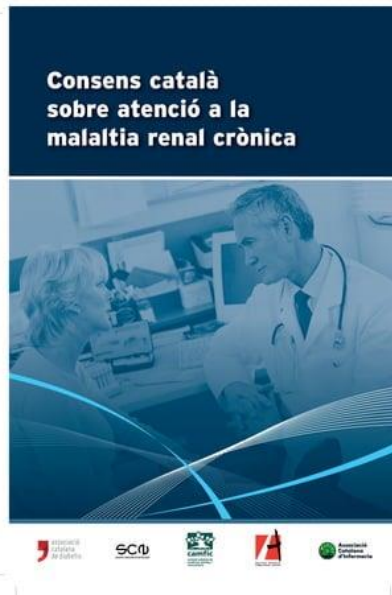


Sílvia Cobo

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)

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

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.

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

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)

Principals canvis...

2023

OBJECTIUS TERAPÈUTICS 2012

- TA <140/90 mmHg (<130/80 mmHg si proteinúria >500 mg/g)
- Reduir la proteinúria < 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 estadis 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

2023

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

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
Interrogatori sobre símptomes: nàusees, rampes, dispnea
Valorar la presència de malgrat correcció de la derivació a Nefrologia
estimuladors de la
Vacunacions indicades: (Estadis 4-5), Pneumococ

Taula 8. Anàlítica 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'AINES 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, derivació a nefrologia per iniciar a l'eritropoesi

Vacunacions indicades: grip (estadis 4-5), l'hepatitis B (estadis 4-5), pneumococ (estadi 5)

Taula 6. Anàlítica 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 ₃ 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

