



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària

II Jornada Malaltia Renal Crònica

Betlem Salvador

Metgessa de Família

Unitat Suport a la Recerca Metropolitana Sud, Atenció Primària Metropolitana
Sud, Institut Català de la Salut- IDIAPJGol, L'Hospitalet Llobregat

MARCEVAP Grup de recerca IDIAP J Gol

Grup CAMFiC Malaltia Renal

Barcelona, 22 d'octubre de 2024

- No totes les persones amb MRC tenen el mateix risc d'esdeveniments adversos cardiovasculars i renals
- Classificació pronòstica
 - FGe,
 - QAC
 - Causa
- Considerar risc d'esdeveniments adversos CV i/o renals per
 - iniciar tractament de factors de risc CV i de progressió
 - objectius de tractament
 - derivacions



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària

II Jornada Malaltia Renal Crònica

Cribratge de la MRC

José Romano

Metge de Família. EAP Sant Josep. L'Hospitalet de Llobregat

MARCEVAP Grup de recerca IDIAP J Gol

Grup CAMFiC Malaltia Renal

Barcelona, 22 d'octubre de 2024

Missatges per endur a casa

Epidemiologia:

La malaltia renal crònica (MRC) s'associa a una important **morbimortalitat** i té una alta prevalença (**15%**).

Cribratge:

Actualment el cribratge de la MRC en poblacions de risc s'ha de fer mitjançant l'avaluació del FGe i de la albuminúria almenys una vegada a l'any

Classificació:

A pesar que el diagnòstic i l'estadiatge de la MRC és independent de la causa, si que és important des de el punt de vista diagnòstic i del pronòstic tenir en compte el concepte **causa, grau (G1-G5) i albuminúria (A1-A3)(CGA)**.



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

II Jornada Malaltia Renal Crònica

MRC en el pacient diabètic

Xavier Mundet Tuduri

Metge de família CAP Carmel

Cap de l' Àrea de Docència Formació i Recerca GAPIC BCN ciutat

Membre del grup GEDAPS

Barcelona, 22 d'octubre de 2024

Missatges per endur a casa

- **Control metabòlic** para obtenir HbA1c <6.5% amb el menor risc d' hipoglicèmies possible i amb fàrmacs que hagin demostrat benefici cardiovascular i renal (iSGLT2, arGLP1).
- **Prevenió de nefropatia** → control dels factors de risc cardiovascular (HTA, dislipèmia, albuminúria, obesitat, tabaquisme...).
- **Tractament farmacològic de la nefropatia:**
 - **Bloqueig del SRAA.**
 - **iSGLT2** (benefici en progressió renal, insuficiència cardíaca i altres events CV)
 - **arGLP1** (benefici en proteïnúria, ↓peso)
 - **Finerenona** (antagonista del receptor mineral corticoide (ARM) no esteroide



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

II Jornada Malaltia Renal Crònica

Pacient fràgil amb MRC

Esther Limón¹

Laia Gené Huguet²

¹Metgessa de família. EAP Mataró 7 – Ronda Prim. Coordinadora GdT d'Atenció Domiciliària de la CAMFiC

²Metgessa de família. EAP Les Borges del Camp. Secretària GdT de Gent Gran de la CAMFiC

Barcelona, 22 d'octubre de 2024

IDEES CLAU fragilitat i MRC

- Hi ha un **increment** significatiu de la prevalença de **fragilitat** segons **progressa** la **MRC**. Tanmateix diversos estudis demostren que la **MRC** és un **factor** molt important en el **desenvolupament** de **fragilitat**
- La presència de fragilitat als pacients amb MRC, igual que a la població general, és un fort **predictor de l'aparició d'events adversos** com caigudes, fractures, deteriorament cognitiu, disminució de la qualitat de vida, complicacions cardiovasculars i mortalitat
- A l'AP disposem d'eines per quantificar la fragilitat: SPPB i índex fràgil VIG i podem intervenir per revertir-la

II Jornada Malaltia Renal Crònica

Canvis en el Consens de MRC de la Camfic

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

Missatges per endur-nos a casa

- Necessitat d'actualització en la Malaltia Renal Crònica
- Deixem de banda conceptes com la ~~micro i la macroalbuminúria~~
- Apareix el concepte de **regressió, albuminúria elevada o molt elevada**
- Molta feina a fer a nivell de cribatge i diagnòstic
- Augment de la població que considerem d'alt risc
 - No només **HTA, DM i malaltia vascular**
 - També Familiars amb malaltia renal hereditària, antecedents de dany renal agut, Obesitat i altres comorbiditats: LES, fàrmacs nefrotòxics, preeclàmpsia
- Aparició de “més” factors de progressió
 - “Clàssics”: Proteïnúria, HTA, DM, Tabac i Fàrmacs nefrotòxics
 - “Nous”: malaltia vascular, obesitat, obstrucció urinària, acidosi metabòlica, fallo renal agut, ingressos per IC, raça negra

Missatges per endur-nos a casa

- **HTA + MRC:**
 - Controvèrsia de les diferents guies pel control de la TA en MRC
 - Es recomana IECA o ARA 2 associat a diürètic o antagonista del Calci
- Reduir l'albuminúria amb bloqueig SRAA a les màximes dosis tolerades i amb iSGLT2 (si l'albuminúria >200 mg/g)
- **DM + MRC:** tractament amb iSGLT2
- Derivació pacients:
 - Pacients amb FGe < 30
 - QAC > 300 mg/g amb tractament antialbuminúric
 - Ràpida progressió de l'MRC

Moltes gràcies

Betlem Salvador
Xavier Mundet
José Romano

Esther Limón
Laia Gené
Sílvia Cobo

