IV Jornada de Malaltia Renal Crònica a l'Atenció Primària

Actualització en MRC
Pautes d'harmonització

Patricia Fernández Llama, Nefróloga, Fundació Puigvert

Betlem Salvador González, Metgessa de Família, Ambits d'Atenció Primària Metropolitrana Sud i Penedès

Barcelona, 27 d'octubre de 2026

Grup de treball

Atenció Primària

- Cristina Boté. Infermera, EAP Sant Andreu, ICS
- María Ángeles Hortelano. MF, CAP Chafarinas, ICS
- Betlem Salvador. MF, Atenció Primària Metropolitana Sud Penedès, ICS
- Javier Tovillas. MF, ABS Martí i Julià, Cornellà Llobregat, ICS

Nefrologia

- Patricia Fernández de la Llama. Fundació Puigvert
- José Jesús Broseta. Hospital Clínic Barcelona
- Laia Sans. Hospital Universitari Vall d'Hebron, ICS

Altres especialitats i àrees

- Mariona Esteve Serra. Endocrinologia i Nutrició, H. Univ. de Girona Dr. Josep Trueta, ICS
- Rosa Morros. Farmacologia, Unitat d'Estudi del Medicament, IDIAP Jordi Gol
- Goizane Ros. Farmàcia, GAPiC Catalunya Central, ICS
- Dani Sevilla. Farmàcia Hospitalària, Parc Sanitari Pere Virgili

Oficina tècnica del Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica (PHF) del CatSalut

- Pere Agustín, Lídia Blanco, Jose Expósito, Agnès Montoya, Roser Vives. Divisió d'Ús Racional del Medicament, Àrea del Medicament del CatSalut

Direcció:

- Montse Gasol. Cap de la divisió d'ús racional del medicament. Àrea del Medicament del CatSalut.
- Antoni Vallano. Coordinador del PHF. Àrea del Medicament del CatSalut.

ÍNDEX

Maneig farmacològic de la malaltia renal crònica (MRC)



1. Introducció
2. Metodologia
3. La malaltia renal crònica
4. Objectius del tractament
5. Mesures higienicodietètiques
6. Tractament farmacològic de la MRC
   - 6.1. Inhibidors del sistema renina-angiotensina: IECA i ARA II
   - 6.2. Inhibidors del cotransportador de sodi-glucosa tipus 2 (ISGLT2)
   - 6.3. Antagonistes del receptor de mineralocorticoides
7. Maneig farmacològic dels factors de risc i de les comorbiditats
   - 7.1. Consideracions sobre el tractament farmacològic de l'HTA en MRC
   - 7.2. Consideracions sobre el tractament farmacològic de la DM2 en MRC
   - 7.3. Tractament i prevenció de la patologia cardiovascular en MRC
8. Prevenció i maneig farmacològic de les complicacions de la MRC
   - 8.1. Anèmia associada a la MRC
   - 8.2. Alteracions òssies minerals associades a:
   - 8.3. Hiperpotassèmia
   - 8.4. Hiperuricèmia
   - 8.5. Acidosi metabòlica
   - 8.6. Infeccions
   - 8.7. Pruïja urèmica
9. Ús de medicaments i seguretat del pacient en la MRC
   - 9.1. Dosificació de fàrmacs
   - 9.2. Prevenció de la iatrogènia i la nefrotoxicitat
   - 9.3. Tractament farmacològic del dolor en el pacient amb MRC
   - 9.4. Interaccions dels fàrmacs immunosupressors
   - 9.5. Medicaments amb alt contingut en sodi
10. Informació i recursos per a pacients

Consideracions generals

La MRC es defineix com la presència **durant almenys 3 mesos** i amb implicacions per la salut, d'una reducció de la taxa de filtrat glomerular (TFG) <60 mL/min/1,73 m2 ó la presència d'un o més marcadors de dany renal

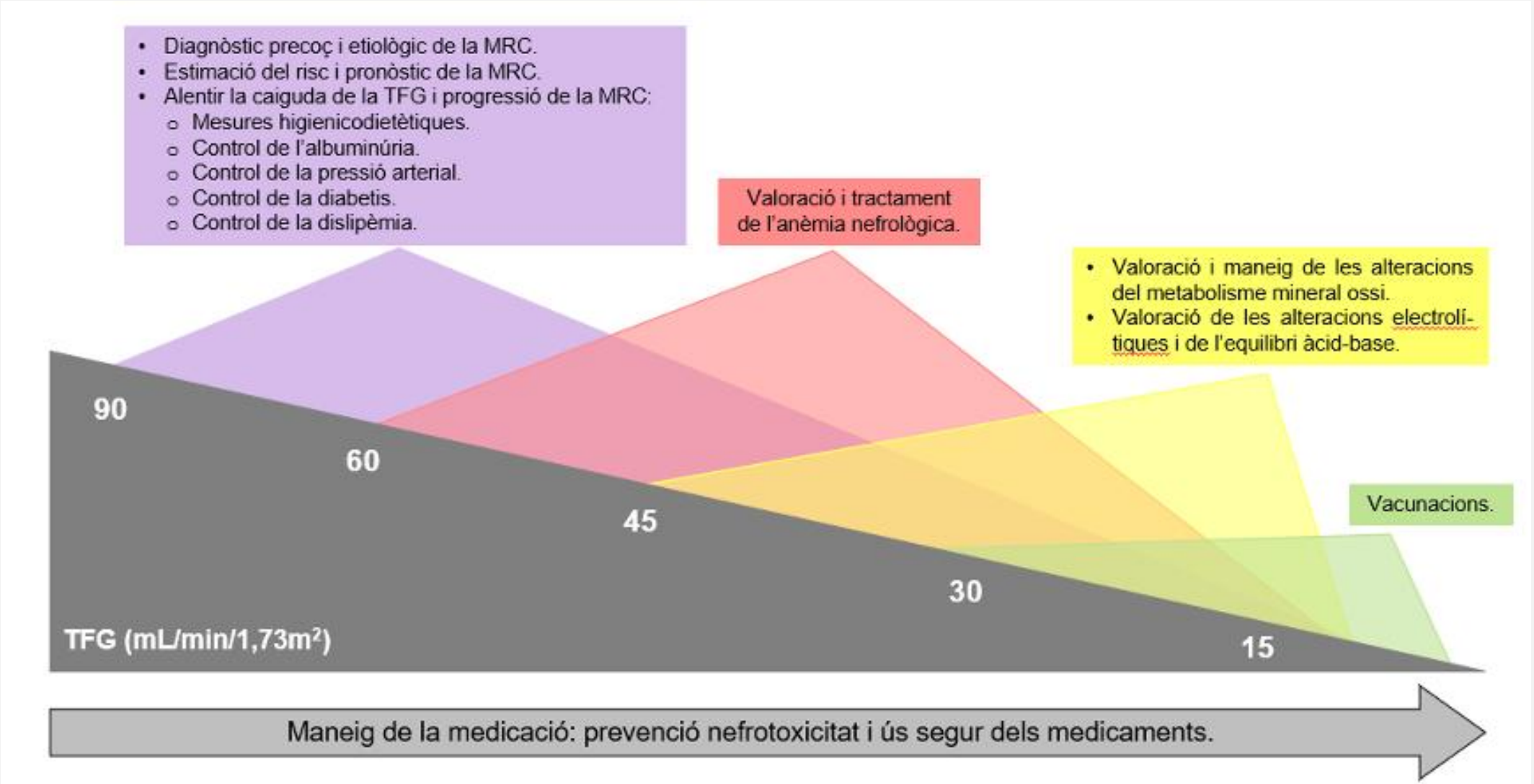
La TFG és acceptada com el millor índex de funció renal. Tot i que existeixen diferents mètodes per a la seva estimació, la fórmula predictiva recomanada actualment és la **CKD-EPI (Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration) per la major exactitud en valors entre 60 i 90 mL/min/1,73m^2**

L'**albuminúria és el marcador de dany renal** avaluat amb més freqüència i constitueix, juntament amb la TFG, la base per a l'estadiatge de la MRC.

El **descens de TFGe i la presència i el grau d'albuminúria** estan íntimament relacionats amb un **augment de la morbimortalitat cardiovascular i amb la progressió a fallida renal**.

El risc individual de cada persona depèn també d'altres factors com la causa de la MRC, les comorbiditats o les característiques sociodemogràfiques.

La **TFG disminuïda de forma lleu-moderada (45-59 mL/min/1,73 m2) sense albuminúria, en persones grans** (>65 anys), és considera un marcador d'envelliment i, en molts casos, és improbable que s'associï a complicacions relacionades amb la MRC.



MRC: Malaltia renal crònica; TFG: taxa de filtrat glomerular.

Tractament farmacològic de la MRC

Inhibidors de l'enzim convertidor de l'angiotensina (IECA, 1a opció) i antagonistes dels receptors de l'angiotensina II (ARA II)

- **QAC >300 mg/g** i TFG >15 mL/min/1,73 m2
- **Diabetis mellitus 1 ó 2 amb QAC ≥30 mg/g** i TFG >15 mL/min/1,73 m2
- Considerar en **MRC amb QAC ≥30 mg/g** i TFG >15 mL/min/1,73 m2

Inhibidors del cotransportador de sodi-glucosa tipus 2 (ISGLT2) (DAPA o EMPA)

- **QAC ≥300 mg/g** malgrat tractament amb dosis estables i optimitzades amb IECA o ARA II, excepte contraindicació o intolerància
- Considerar en menor grau d'albuminúria, sobretot en aquells amb TFG <45 mL/min/1,73 m2 si joves o factors de risc de progressió.

Antagonistes del receptor de mineralocorticoides: finerenona

DM2 amb tractament optimitzat amb IECA o ARA II i un ISGLT que requereix 3a línia de tractament

Tractament comorbiditats

Pressió arterial clínica <140/90 mmHg (ó ambulatòria <135/85), i < 130/80 si QAC > 300 mg/g

- **IECA (1a opció) i ARAII** són la base del tractament.
- Sovint calen >2 fàrmacs: **diurètic sostre baix** (si FGe≥30) i/o **nansa** (si FGe< 30), o **antagonista del calci.**

HbA1c <7% i valorar <6,5% en MRC lleu, DM2 de curta durada, i sense malaltia vascular

- **1a opció: metformina** (si TFGe ≥30 mL/min/1,73m2) adaptant dosis segons grau
- Valorar **iSGLT2 (CANA, DAPA o EMPA)** si no control.
- Alternatives en TFG <30 mL/min/1,73 m2: **repaglinida, pioglitazona** (no requereixen ajust dosi), **inhibidors de la dipeptidil peptidasa (IDPP4) o insulina.**
- Les **sulfonilurees** es poden considerar una alternativa als iSLGT2 en pacients amb TFG >30 mL/min/1,73 m2 o que presentin alguna contraindicació o intolerància a aquests.
- **Agonistes del receptor similar al glucagó-1 (ARGLP1)** si control glucèmic inadequat malgrat tractament amb dos hipoglucemiants en **IMC ≥35 kg/m2 quan la insulinització no es considera apropiada**.

Taula 4. **Ús de metformina en la MRC**

Grau MRC	TFGe (mL/min per 1,73 m²)	Inici	Continuació	Dosi màxima diària	Altres recomanacions
1, 2	≥ 60	√	√	3.000 mg	
3a	45-59	√	√	2.000 mg	• Evitar si la funció renal és o s'espera que sigui inestable. • Especial precaució si s'inicia tractament antihipertensiu, diürètic o AINE. • L'alcohol incrementa el risc d'acidosi làctica. • Fer un seguiment més estret de la funció renal. • Si TFGe 30-44 mL/min/1,73 m² iniciar amb la meitat de la dosi.
3b	30-44	√	√	1.000 mg	
4, 5	< 30	**X**	**X**	No usar	

AINE: antiinflamatori no esteroïdal; MRC: malaltia renal crònica.

Taula 5. **Dosi dels hipoglucemiants no insulínics en la MRC**

Principi actiu	TFGe (mL/min/1,73 m²)					
	>60	**<60 – 45**	**<45 – 30**	**<30 – 15**	**<15**	**Diàlisi**
Gliclazida	30 – 120 mg/24h	30 – 120 mg/24h monitorització		Contraindicació		
Repaglinida	0,5 – 2 mg/6 – 8h					
Canagliflozina	100 – 300 mg/24h	100 mg/24h		No recomanat iniciar si TFGe <30		
Dapagliflozina	10 mg/24h			No recomanat iniciar si TFGe <25		
Empagliflozina	10 – 25 mg/24h	10 mg/24h		No recomanat iniciar si TFGe <20		
Pioglitazona	15 – 45 mg/24h					No recomanat
Linagliptina	5 mg/24h					
Dulaglutida	0,75 – 1,5 mg/setmana				No recomanat	
Semaglutida sc	0,5 – 1 mg/setmana				No recomanat	

Maneig risc cardiovascular

El **càlcul del risc CV** pot infraestimar el risc real.

Risc cardiovascular alt o molt alt. Valorar tractament hipolipemiant

- QAC >300 mg/g
- TFG <45 ml/min/1,73 m²
- QAC 30-300 mg/g i TFG 45-60 ml/min/1,73 m²

Risc moderat

- valorar risc CV i tractament preventiu si risc a 10 anys >7%.

Categories TFG (mL/min/1,73m²)	Categories albuminúria (mg/g) A1 <30	A2 230-299	A3 >300
G1 (≥90)			Alt
G2 (60-89)			Alt
G3a (45-59)		Alt	Molt alt
G3b (30-44)	Alt	Molt alt	Molt alt
G4 (15-29)	Molt alt	Molt alt	Molt alt
G5 (<15)	Molt alt	Molt alt	Molt alt

Majors de 75 anys: l'evidència sobre els beneficis del tractament hipolipemiant és limitada.

Pacients en diàlisi: l'inici de tractament hipolipemiant no ha demostrat benefici C (no es recomana suspendre en pacients en llista d'espera de trasplant).

Malaltia cardiovascular establerta seguir els mateixos criteris que en la població sense MRC.

Objectius de control en MRC

Les estatines s'han de titular per obtenir l'objectiu terapèutic determinat pel risc individual del pacient, i es recomana maximitzar la reducció del c-LDL.

- Les **Guies KDIGO** proposen un enfocament basat en la selecció de tractament que maximitzi la reducció absoluta de c-LDL, sense establir nivells objectiu específics.
- La **Guia de lípids i risc cardiovascular de l'ICS** assenyala que no existeixen objectius de c-LDL específics consensuats per a la població amb MRC, i recomana prioritzar l'ús de règims terapèutics que aconsegueixin la reducció més gran possible.
- Altres directrius recomanen tractar per assolir objectius de c-LDL, amb nivells definits segons el risc cardiovascular.

  ESC/EAS estableix objectius de c-LDL <70 mg/dL en risc alt i < 55 mg/dL en risc molt alt.

  En aquests pacients, la **Canadian Cardiovascular Society** recomana intensificar el tractament si c-LDL > 70 mg/dL.

  La guia **NICE** proposa un objectiu de c-LDL < 78 mg/dL en pacients amb MCV establerta.

Fibril·lació auricular

En persones amb MRC, el risc trombòtic és major.

Es recomana el tractament anticoagulant oral independentment del CHA2DS2-VASc, tot i que la decisió ha de ser individualitzada segons risc de sagnat i preferències del pacient.

Taula 8. **Recomanacions d'ajustament de la dosi dels ACOD en pacients amb malaltia renal.**

Filtrat glomerular estimat	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
≥ 50 ml/min	150 mg/12 hores* Si ≥ 80 anys i/o verapamil: 110 mg/12 hores	20 mg/dia	5 mg/12 hores o 2,5 mg/12 hores si **dues** de les característiques següents [≥ 80 anys, pes ≤ 60 kg, Cr ≥ 1,5 mg/dl o 133 µmol/L]	60 mg/dia Si pes ≤ 60 kg i/o inhibidors potents de la gp-P: 30 mg/dia
30-49 ml/min	150 mg/12 hores o 110 mg/12 hores** Si ≥ 80 anys i/o verapamil: 110 mg/12 hores	15 mg/dia		30 mg/dia
15-29 ml/min†	Contraindicat	15 mg/dia	2,5 mg/12 hores	30 mg/dia
< 15 ml/min	Contraindicat	No recomanat	No recomanat	No recomanat
Hemodiàlisi	Contraindicat	No recomanat	No recomanat	No recomanat

* En pacients de 75-79 anys o d'alt risc hemorràgic (especialment gastrointestinal) cal valorar ajustar a 110 mg/12 h segons el risc tromboembòlic i hemorràgic de cada pacient.

** Valorar la dosi més adequada en funció del risc tromboembòlic i hemorràgic de cada pacient.

† Les dades en pacients amb TFG 15-29 ml/min són molt limitades, per la qual cosa es recomana precaució durant el tractament amb els ACOD.

ÍNDEX

Maneig farmacològic de la malaltia renal crònica (MRC)



1. Introducció
2. Metodologia
3. La malaltia renal crònica
4. Objectius del tractament
5. Mesures higienicodietètiques
6. Tractament farmacològic de la MRC
   - 6.1. Inhibidors del sistema renina-angiotensina: IECA i ARA II
   - 6.2. Inhibidors del cotransportador de sodi-glucosa tipus 2 (ISGLT2)
   - 6.3. Antagonistes del receptor de mineralocorticoides
7. Maneig farmacològic dels factors de risc i de les comorbiditats
   - 7.1. Consideracions sobre el tractament farmacològic de l'HTA en MRC
   - 7.2. Consideracions sobre el tractament farmacològic de la DM2 en MRC
   - 7.3. Tractament i prevenció de la patologia cardiovascular en MRC
8. Prevenció i maneig farmacològic de les complicacions de la MRC
   - 8.1. Anèmia associada a la MRC
   - 8.2. Alteracions òssies minerals associades a:
   - 8.3. Hiperpotassèmia
   - 8.4. Hiperuricèmia
   - 8.5. Acidosi metabòlica
   - 8.6. Infeccions
   - 8.7. Pruïja urèmica
9. Ús de medicaments i seguretat del pacient en la MRC
   - 9.1. Dosificació de fàrmacs
   - 9.2. Prevenció de la iatrogènia i la nefrotoxicitat
   - 9.3. Tractament farmacològic del dolor en el pacient amb MRC
   - 9.4. Interaccions dels fàrmacs immunosupressors
   - 9.5. Medicaments amb alt contingut en sodi
10. Informació i recursos per a pacients

Anèmia associada a la MRC

Definicio



L'anèmia en la MRC es deu sobretot a una **producció insuficient d'eritropoetina** i empitjora amb la progressió de la MRC

Abans de tractar



- ✓ Anèmia habitualment **NCNC**
- ✓ **Descartar** causes no renals
- ✓ Valorar ferro: **ferritina i IST**

Tractament esglaonat



1. **Optimitzar Fe** vo o ev **(ferritina 200–500 ng/mL IST 20–30%)**

2. Hb ≤10 g/dL iniciar **agents estimulaladors de l'eritropoyesis (sbc o ev)**



Objectiu
Hb 10-11,5 g/dL

Evitar:
- Hb >12 g/dL pel risc CV
- Transfusions si candidat a trasplantament

Anèmia associada a la MRC

***Taula 9.* Contingut en ferro element dels preparats disponibles.**

Compost	Ferro element (mg)
Compostos ferrosos (ferro II). Via oral	
Ferroglicina, sulfat.	Ferro Sanol®, Ferbisol®: 100 mg/càpsula. Glutaferro® gotes: 30 mg/mL.
Ferro (II), gluconat.	Losferron®: 80 mg/comprimit.
Ferro (II), sulfat.	Fero Gradumet®: 105 mg/ comprimit. Tardyferon®: 80 mg/comprimit.
Compostos fèrrics (ferro III). Via oral	
Ferrimanitol ovoalbúmina.	Ferroprotina®, Kilor®, Profer®, Syron®: 80 mg/ sobre. Ferroprotina®, Kilor®, Profer®, Syron®: 40 mg/sobre.
Ferro III succinilcaselina.	Ferplex®, Ferrocur®, Lactoferrina®: 40 mg/vial bevible.
Ferro III. Via parenteral (ús Hospitalari).	
Ferro (III), carboximaltosa.	Carboximaltosa fèrrica Sandoz®, Ferinject®: 50 mg/mL.
Ferro (III), sacarosa.	Feriv®, Venofer®: 20 mg/mL.

***Taula 10.* Epoetines disponibles.**

Principi actiu	Presentacions disponibles
Epoetina alfa	Eprex®, Binocrit® (biosimilar): 1.000-40.000 UI.
Epoetina dseta (epoetin zeta)	Retacrit® (biosimilar): 1.000-40.000 UI.
Darbepoetina alfa	Aranesp®: 25-500 µg/mL.
Epoetina beta	Neorecormon®: 500-30.000 UI.
Epoetina zeta (epoetin theta)	Eporatio®: 20.000 i 30.000 UI.
Metoxi-polietilenglicol epoetina beta	Mircera: 100-833 µg/mL.

Roxadustat: estabilitza el factor induïble per la hipòxia (HIF) i afavoreix **l'eritropoiesis endógena**.
Es una alternativa oral només en casos seleccionats de MRC no en diàlisi amb Hb <10 g/dL i impossibilitat o contraindicació als AEE

Maneig de l'osteoporosi en la MRC



1. Densitometria

No fer densitometria de rutina si **FG <60 mL/min/1,73 m²**

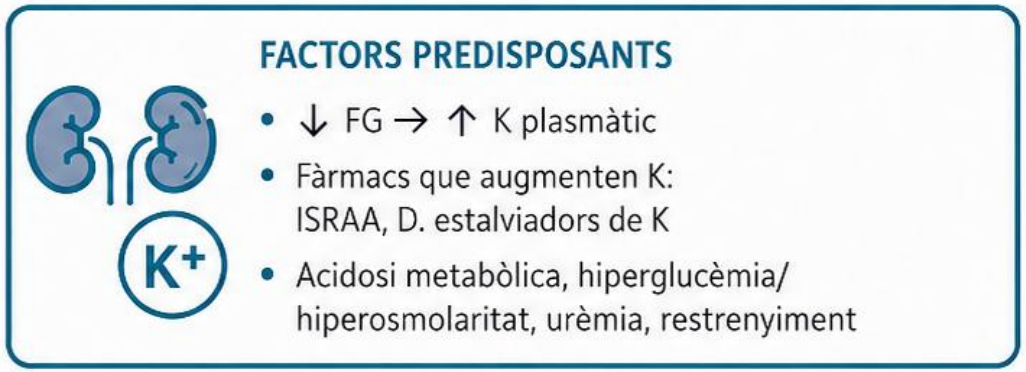
Indicar-la només si hi ha **alt risc de fractura** i el resultat pot modificar el tractament



2. Alt risc de fractura

- Fractura prèvia per fragilitat
- Corticoides prolongats
- Fractures recurrents o pèrdua d'alçada ≥4 cm
- CKD-MBD / alteracions greus del metabolisme mineral ossi, especialment hiperparatiroïdisme

Hiperpotassèmia



Hiperpotassèmia

Fundació Puigvert 65 anys

Taula 11. **Característiques dels fàrmacs per a tractar la hiperpotassèmia.**

	Resines d'intercanvi iònic	Patiròmer	Ciclosilicat de sodi i zirconi
Mecanisme d'acció	No específic, intercanvia Ca (resincalci) o Na (resinsodi) per cations.	No específic, intercanvi de K per Ca.	Intercanvi específic de K per Na.
Lloc d'acció	Colon distal.	Colon distal.	Tot el tracte gastrointestinal.
Dosi	15-60 g/dia v.o. 1 a 4 preses.	Dosi inicial: 8,4 g un cop al dia v.o. Manteniment: la dosi diària es pot augmentar o disminuir en 8,4 g, amb intervals d'1 setmana. Dosi màxima.	Dosi inicial: 10 mg v.o. tres cops al dia les primeres 48 h. Manteniment: 5 g/48 h-10 g/dia v.o.
Inici acció	> 2 hores.	4-7 hores.	1 hora.
Efectes secundaris	< 10%. Nàusea. Estrenyiment. Hipercalcemia < 1% (resincalci). Hipocalcemia < 10% (resinsodi). Necrosi colònica (0,14%).	< 10%. Estrenyiment: 7%. HipoMg 5-9%. Diarrea: 5%. Nàusea: 2% Flatulencia: 2%.	Edema 4-16% dosi depenent. Hipopotassèmia: 4%. HTA: 7%. Gastrointestinals: 2,4-8%.
Interaccions	Administrar altres fàrmacs ≥ 3 hores abans o després.	Administrar altres fàrmacs ≥ 3 hores abans o després.	Depenent del pH administrar ≥ 2 hores abans o després.
Finançament	Sense restriccions.	Restringit mitjançant visat per a pacients amb MRC avançada i IC grau III-IV amb hiperK lleu a moderada (5,5-6,4 mmol/L), en tractament amb iSRAA i en els quals es consideri imprescindible la seva continuació i amb fracàs o intolerància a resines d'intercanvi iònic. Ha de ser prescrit per part d'especialistes en nefrologia, cardiologia o medicina interna.	

Hiperuricèmia

1 Tractar només si simptomàtica



No tractar la hiperuricèmia asimptomàtica.

2 Revisar causes i mesures generals

Comorbiditats

- Obesitat i síndrome metabòlica
- Control del pes

Fàrmacs hiperuricemiants

- Diürètics (tiazides i de nansa)
- Considerar alternatives (p. ex. losartán)

Dieta

- Limitar carns roges, vísceres i alguns mariscs/pescats
- Reduir begudes ensucrades (fructosa)
- Dieta equilibrada (estil mediterrani)

Alcohol

- Limitar, especialment cervesa
- Evitar consum excessiu

Hiperuricèmia

Fundació Puigvert 65 anys

***Taula 12.* Fàrmacs que poden produir hiperuricèmia.**

Grup farmacològic	Fàrmac(s)	Mecanisme principal
Diürètics		
Tiazídics	Hidroclorotiazida, clortalidona, indapamida, xipamida.	
De nansa	Furosemida, torasemida, bumetanida.	Increment de la reabsorció d'àcid úric al túbul proximal i depleció de volum.
Altres	Triamterè, tolvaptan.	
Immunosupressors inhibidors de la calcineurina	Ciclosporina, tacrolimus.	Increment de la reabsorció d'àcid úric al túbul proximal, i reducció del filtrat glomerular per vasoconstricció i reducció de l'excreció d'urat.
Salicilats (dosis baixes)	Àcid acetilsalicílic (≤ 2 g/dia).	Increment de la reabsorció d'àcid úric i reducció de la seva excreció.
Antituberculosos	Pirazinamida, etambutol.	Increment de la reabsorció d'àcid úric i reducció de la seva excreció.
Quimioteràpics citotòxics	Cisplatí, ciclofosfamida, etc.	Lisi cel·lular tumoral i alliberament d'àcid úric.
Altres	Retinoides, ticagrelor, topiramat, teriparatida, levodopa, filgrastim, ivabradina, ritonavir, amfotericina B, teofil·lina, aliskirèn...	

Acidosi metabòlica



1. Context

La disminució del FG pot reduir el bicarbonat sèric, sobretot en estadis **G4-G5**.

Cal evitar nivells baixos de bicarbonat, especialment **<18 mmol/L**.



2. Mesures recomanades

- Dieta rica en fruita i verdura
- Reducció de proteïna animal

Pruïja urèmica



1. Context

- **Símptoma dermatològic** més freqüent en la MRC avançada
- Etiologia **multifactorial**: toxines urèmiques, alteracions del metabolisme mineral ossi, inflamació i factors neurològics
- Impacte en **qualitat de vida, son, fatiga i estat d'ànim**

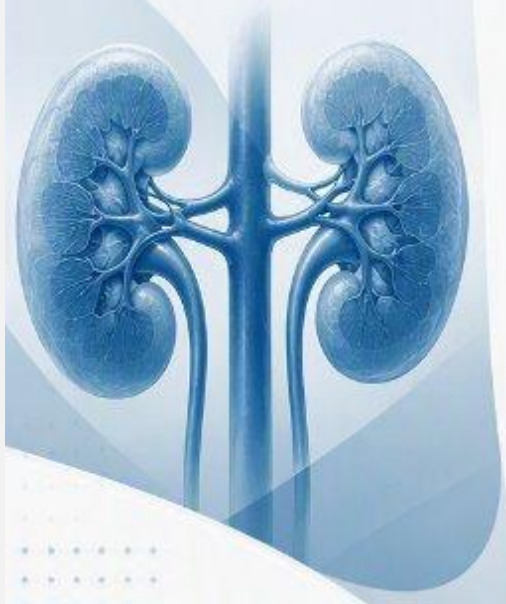


2. Valorar

- **Intensitat** de la pruïja
- Possibles **causes alternatives**: lesions cutànies, malalties dermatològiques, fàrmacs o altres malalties sistèmiques

ÍNDEX

Maneig farmacològic de la malaltia renal crònica (MRC)



1. Introducció
2. Metodologia
3. La malaltia renal crònica
4. Objectius del tractament
5. Mesures higienicodietètiques
6. Tractament farmacològic de la MRC
   - 6.1. Inhibidors del sistema renina-angiotensina: IECA i ARA II
   - 6.2. Inhibidors del cotransportador de sodi-glucosa tipus 2 (ISGLT2)
   - 6.3. Antagonistes del receptor de mineralocorticoides
7. Maneig farmacològic dels factors de risc i de les comorbiditats
   - 7.1. Consideracions sobre el tractament farmacològic de l'HTA en MRC
   - 7.2. Consideracions sobre el tractament farmacològic de la DM2 en MRC
   - 7.3. Tractament i prevenció de la patologia cardiovascular en MRC
8. Prevenció i maneig farmacològic de les complicacions de la MRC
   - 8.1. Anèmia associada a la MRC
   - 8.2. Alteracions òssies minerals associades a:
   - 8.3. Hiperpotassèmia
   - 8.4. Hiperuricèmia
   - 8.5. Acidosi metabòlica
   - 8.6. Infeccions
   - 8.7. Pruïja urèmica
9. Ús de medicaments i seguretat del pacient en la MRC
   - 9.1. Dosificació de fàrmacs
   - 9.2. Prevenció de la iatrogènia i la nefrotoxicitat
   - 9.3. Tractament farmacològic del dolor en el pacient amb MRC
   - 9.4. Interaccions dels fàrmacs immunosupressors
   - 9.5. Medicaments amb alt contingut en sodi
10. Informació i recursos per a pacients

Tractament del dolor en MRC

Fundació Puigvert 65 anys

Ús de medicaments i seguretat en pacientes en la MRC

1. Principi general



- Dosi mínima eficaç
- Temps més curt possible
- Ajustar segons FG

2. Analgèsics no opioides



Paracetamol: primera elecció
Ajustar segons FG: FG 10–50: 500 mg/6 h;
FG <10: 500 mg/8 h



AINE: evitar
Contraindicats si FG <30; precaució si FG 30–59



Metamizol: opció en dolor agut moderat-intens
Només curta durada; evitar dosis altes repetides
Risc d'agranulocitosi

Missatges finals



Gràcies

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària