Missatges per emportar-nos a casa

Complicacions més freqüents i abordatge des de la consulta



1. L' anèmia en la MRC és una complicació freqüent i sempre un diagnòstic d'exclusió.
   S'ha de tractar el dèficit absolut (ferritina < 100 ng/ml e IST < 20%).
   Derivar si no aconseguim els objectius terapèutics.

2. La definició i gravetat de la hiperpotassèmia depenen del nivell de K i del Electrocardiograma.
   Intentar altres estratègies de control del K abans de reduir la dosi o retirar els IECA o ARA2.

3. No prescriure de manera rutinària vitamina D a pacients amb MRC.
   En el maneig de la osteoporosi individualitzar en funció del risc de fractura i el FG.

MRC i risc cardiovascular

- Cal una valoració conjunta de FGe i QAC en pacients amb risc de MRC
- Hem d'establir cronicitat i categoria abans d'etiquetar el diagnòstic
- Integrar la prevenció CV activa, també en pacients sense diabetis
- Cada inici de tractament necessita un pla de seguiment

Síndrome Càrdio Renal Hepàtica i Metabòlica

- L'obesitat és l'acumulació de teixit adipós ectòpic excessiu i disfuncional que genera inflamació, estrès oxidatiu i resistència a la insulina, que sovint s'associen a factors de risc metabòlics com hipertensió arterial (HTA), DM2, EHMet, síndrome metabòlica (SMet), hipertrigliceridèmia i MRC
- Cal cribar l'obesitat i fer el diagnòstic per tenir en compte aquesta malaltia com a causant de MRC
- El IMC no té en compte la distribució ni la proporció del teixit adipós.
- Cal utilitzar altres paràmetres com el Perímetre Abdominal (PA) o el Índex Cintura-Alçada (ICA)
- En l'analítica del pacient obés cal demanar el FG i el QAC per fer un cribratge de la MRC
- Els estils de vida saludables són el pilar del tractament dels pacients amb obesitat i/o MRC i ho són també de totes les persones sense malaltia

Síndrome Càrdio Renal Hepàtica i Metabòlica

- Els IECA/ARA 2 són la base del tractament en pacients amb HTA + MRC

- L'objectiu de la PA si QAC > 300 mg/g és **< 130/80 mmHg** (Pautes Harmonització)

- En MRC els IECAS/ARA 2 i els iSGLT2 són tractaments nefroportectors i cardioprotectors

- En pacients no hipertensos amb QAC > 300 +/- DM estan indicats els IECAS/ARA 2 (GR: 1B)
- En pacients no hipertensos amb QAC > 30 sense DM estan indicats els IECAS/ARA 2 (GR: 2C)

- Hi ha una discreta "discrepància" entre SCRHM i les Pautes d'Harmonització en referència a l'inici dels iSGLT2 en pacients amb QAC elevat sense DM
- Valorar iSGLT2 (empagliflozina) en pacients amb FG < 45 amb menor grau d'albuminúria

- Aquells pacients amb DM i MRC amb QAC > 30 que porten IECAS/ARA 2 + ISGT2 cal valorar iniciar Finerenona

Moltes gràcies

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària