

Casos clínicos:

Abordaje de la ERC en AP

Criterios de derivación AP-Nefrología

Juan Manuel Buades Fuster

Jefe de servicio Nefrología.

Hospital universitario de Son Llàtzer

Anna Ribas

Médico Atención Primaria

CS Sant Jordi

Javier Rezola Gamboa

Médico Atención Primaria

CS Teresa Piqué

Isabel García Méndez

Jefa de servicio Nefrología

Hospital universitario de Son Espases

Tomás Rodríguez Ruiz

Médico Atención Primaria

CS Son Ferriol

Escarlata Angullo Martínez

Médico Atención Primaria

CS Escola Graduada



Caso 4



Mujer de 87 años



HTA
DLP
DM tipo 2
FA anticoagulada
Sde. Taquicardia-bradicardia
(portadora MCP-DDD)
Artrosis



Olmesartan/hcltz 40/25 mg/d
Atorvastatina/ezetimiba 20/10 mg/d
Linagliptina 5 mg/d
Acenocumarol 4 mg según pauta
Amiodarona 200 mg/d
Alopurinol 100 mg/d
Hierro sulfato 105 mg/d
Carbonato Ca/colecalciferol 2500 mg/d



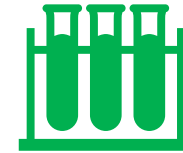


Mujer de 87 años



TA: 148/80 mmHg

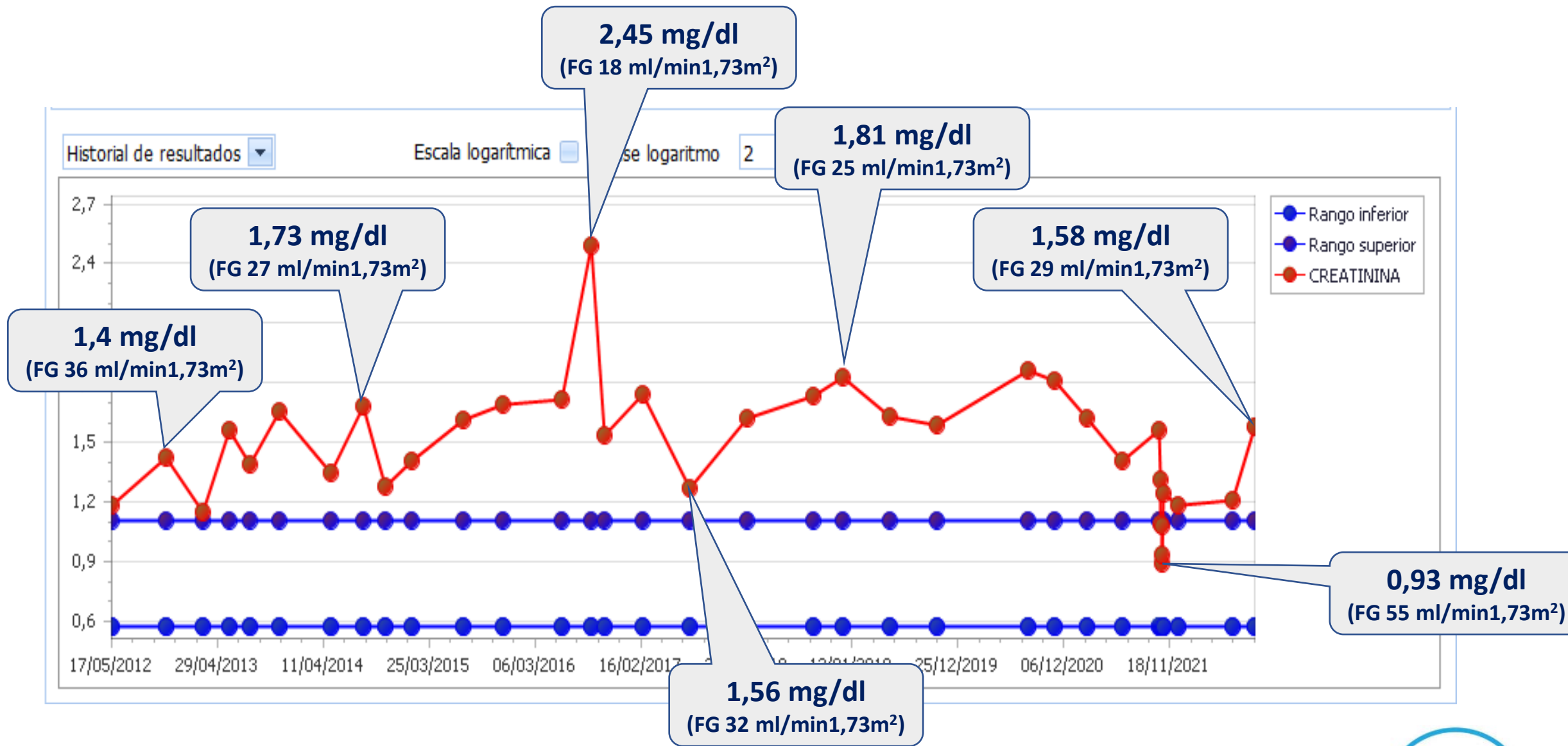
P: 61 Kg / IMC 20,6 Kg/m²



Hb 14,7
Hto 45,5%
VCM 98,1
Gluc 112
TG 125
Col T 173
LDL-c 111
Ferritina 118

Creat 1,58
FGe 29
Na 143
K 4,5
Ca 8,7
P 3,1
HbA1c 6,7%
CAC 44,2
PTH 103 (23-112)
Vit D (25-OH) 21



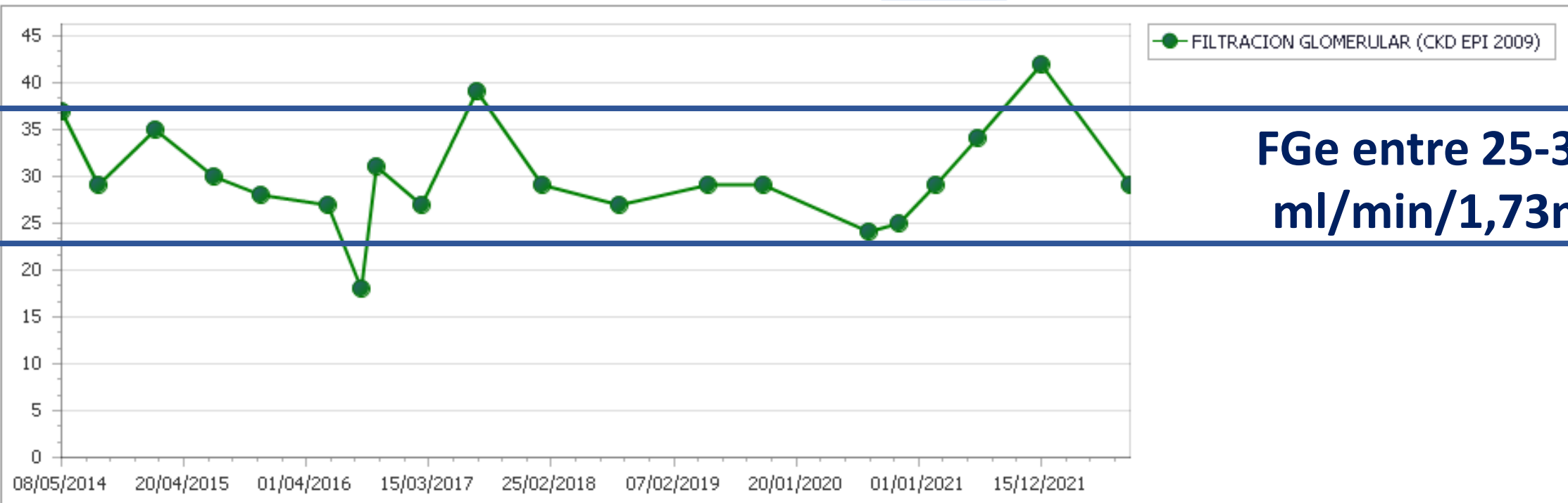


Historial de resultados ▼

Escala logarítmica ☐

Base logaritmo 2 ▼

Actualizar



**FGe entre 25-35
ml/min/1,73m²**



¿Debe ser derivada a Nefrología?

A

No. Tiene más de 80 años. El seguimiento corresponde a AP

B

Sí, tiene una ERC G3-G4. Todos los pacientes con $FG < 30 \text{ mg/ml/min}^2$ deben ser derivados

C

No, tiene una ERC G3-G4 sin complicaciones y bajo riesgo de progresión. Podemos hacer el seguimiento en AP

D

Sí, tiene una ERC G3-G4 sin complicaciones, pero con alto riesgo de progresión.



ESTADIO G4 y G5 (FG < 30 ml/min/1.73m², tenga o no daño renal asociado)

Se derivarán al servicio de Nefrología A **TODOS** los pacientes menores de 80 años con FGe < 30ml/min/1.73m². Seguimiento en Nefrología individualizado.

- De forma **PREFERENTE** (< 2 meses): FG 29-15 ml/min/1.73m²
- De forma **URGENTE** (< 1 mes): FG < 15 ml/min/1.73m²

Los ≥ 80 años, serán derivados de forma **NORMAL** a nefrología ante la presencia de:

- **Progresión renal**
- **Presencia de complicaciones de la ERC**
- **Necesidad de ayuda en la toma de decisiones**

Los pacientes > 80 años que no presenten una progresión renal y no sean tributarios de un tratamiento renal sustitutivo pueden seguir un control menos exhaustivo, incluso solo en AP.

Los ancianos con ERC 5 y expectativa de vida corta (<6 meses), mala situación funcional (dependencia de las actividades de la vida diaria, demencia,...), comorbilidad asociada grave o que no acepten diálisis, podrán ser subsidiarios de tratamiento paliativo bien en AP o compartido con nefrología.



¿Debe ser derivado a Nefrología?

A

No. Tiene más de 80 años. El seguimiento corresponde a AP

B

Sí, tiene una ERC G3-G4. Todos los pacientes con $FG < 30 \text{ mg/ml/min}^2$ deben ser derivados

C

No, tiene una ERC G3-G4 sin complicaciones y bajo riesgo de progresión. Podemos hacer el seguimiento en AP

D

Sí, tiene una ERC G3-G4 sin complicaciones, pero con alto riesgo de progresión.



Función renal en el anciano

- Un descenso en el FGe con la edad (sin albuminuria) **no indica un riesgo elevado de ERC avanzada.**
- El descenso en el FGe en el anciano (sin albuminuria) **tiene poco impacto en su esperanza de vida.**
- La **albuminuria es un marcador** muy útil para distinguir el descenso del FGe con la edad de otra causa de ERC asociada a peor pronóstico.
- En el paciente anciano es importante **individualizar los objetivos de control** de los distintos factores de riesgo/progresión de la ERC **y su tratamiento.**



Lesión renal aguda

- Todo paciente con FGe disminuido tiene **más riesgo de I.renal aguda**.
- Es un factor de riesgo conocido para el desarrollo futuro de una ERC y para la progresión de la misma en la población de mayor edad , disminuyendo la reserva renal.
- Los pacientes ancianos con FGe disminuido necesitarán, en cualquier caso, **ajuste de dosis de fármacos al FGe**, prestar atención a los **medicamentos nefrotóxicos** (AINES) y a las interacciones medicamentosas (**polifarmacia**).



Pronóstico de la ERC en el anciano

- A pesar de que la ERC es más frecuente en ancianos que en los jóvenes, los ancianos tienen menos probabilidad de progresar a una ERC terminal, ya que tienen un riesgo más alto de mortalidad.
- El FG umbral por debajo del cual el riesgo de ERCT supera el de la muerte:
 - 18-45 años ---- 45ml/min
 - 65-84 años ---- 15ml/min
 - > 85 años ---- riesgo de muerte fue siempre más alto que el de ECRT



Timing of clinical outcomes in CKD with severely decreased GFR

Age (30-85 yrs) **85**

Sex **Female**

Race (White or Black) **White**

eGFR (mL/min/1.73m²) **28**

Systolic Blood Pressure (mmHg) **150**

History of Cardiovascular Disease **Yes**

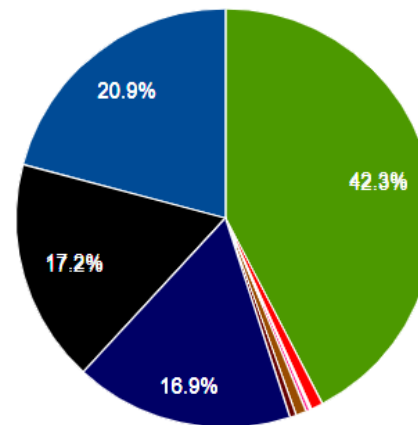
Diabetes **Diabetes**

Urine Albumin to Creatinine (mg/g) **50**
Click to change between mg/g and mg/mmol

Smoking History **Not Current Smoker**

Risk at 4 Years

Outcome	Risk
Any Kidney Replacement Therapy (KRT a.k.a. ESRD)	2.7%
Any Cardiovascular Disease (CVD)	38.7%
Any Death	35.4%



CKD G4+ - no event	42.3%
KRT Only	0.9%
KRT After CVD	0.2%
CVD After KRT	0.3%
Death After KRT	0.8%
Death After KRT and CVD	0.5%
Death After CVD	16.9%
Death Only	17.2%
CVD Only	20.9%

CKD G4: Chronic Kidney Disease Stage G4 (eGFR <30 mL/min/1.73m²) **CVD:** Cardiovascular Disease **KRT:** Kidney Failure Requiring Kidney Replacement Therapy **GFR:** Glomerular Filtration Rate

The events are mutually exclusive. So, "Death After CVD" means "Death After CVD, without the occurrence of KRT", etc. "Death After CVD and KRT" includes "Death After CVD After KRT" and "Death After KRT After CVD"

<http://ckdpcrisk.org/lowgfrevents/>

V Jornadas de la ERC para Atención Primaria



Conclusiones

- Los ancianos tienen menos probabilidad de progresar a una ERC terminal, ya que tienen un riesgo más alto de mortalidad.
- Debemos ser menos estrictos en el manejo de FRCV en la población frágil evitando la yatrogenia
- Derivaremos los pacientes mayores de 80 en caso de que:
 - Precisen medicación más compleja en el manejo de las complicaciones de la ERC (anemia, HPTs, hiperpotasemia, acidosis, hiperfosfatemia)
 - Presente progresión de la ERC
 - Necesitemos de ayuda en la toma de decisiones

