



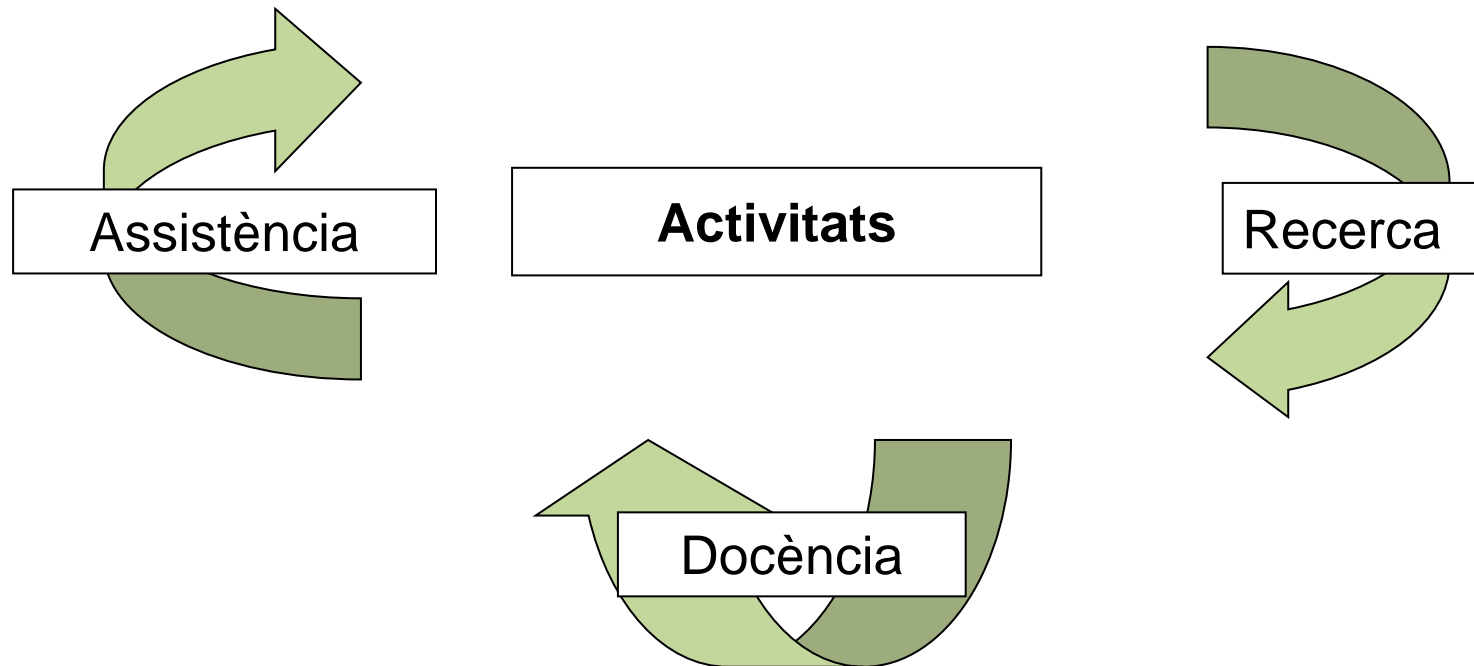
**COMITÈ D'ATENCIÓ INTEGRAL DE
SALUT BARCELONA ESQUERRA
(CAIS-BE)**

Barcelona, 25 d'abril de 2016

GRUP CLÍNIC DE NEFROLOGIA DE L'AIS-BE

Dra. Pilar Arrizabalaga – Nefrologia i Trasplantament Renal. HC
Dr. Ignacio Menacho – Oficina tècnica AIS-BE

- El grup clínic de nefrologia



A single mission for academic medicine. Improving health.
Ramsey PC, Miller ED. JAMA 2009; 301: 1475.

EL GRUP CLÍNIC DE NEFROLOGIA DE L' AIS-BE

Pilar	Arrizabalaga Clemente	H. Clínic	H. Clínic	Nefrologia
Lídia	Pallisa Gabriel	CAP Borrell	CAPSE	Medicina de Família
Vanesa	Jorge Sostoa	CAP Casanova	CAPSE	Medicina de Família
Xavier	Segura Granados	CAP Sarrià	EAP Sarrià-Vallplasa	Medicina de Família
José Manuel	Cruz Doménech	CAP Carreras Candi	ICS	Medicina de Família
Guillem	Fluxà Terrasa	CAP Poble Sec	ICS	Medicina de Família
Ignacio	Menacho Pascual	Oficina Tècnica AIS-BE	AIS-BE	Medicina de Família

EL GRUP CLÍNIC DE NEFROLOGIA DE L' AIS-BE

- Constitució del grup: 16/07/2015
- 7 reunions de treball
- Documents:
 - ✓ Elaboració de la Ruta Assistencial Malaltia Renal Crònica
 - ✓ Difusió:
 - Recomanacions dietètiques per la malaltia renal crònica
 - Malaltia renal crònica, opcions de tractament
 - Guia pels donants vius de ronyó, transplantament renal
 - ✓ Elaboració Circuit de derivació a nefrologia
 - ✓ Actualització de la Via clínica de nefrologia
- Publicació experiències a congressos
- Organització i Col·laboració en la X Jornada de nefrologia per a l'AP

Activitat assistencial

RUTA ASSISTENCIAL DE NEFROLOGIA PROGRAMA NEFROLOGIA EXTRAHOSPITALARIA

RUTA ASSISTENCIAL MALALTIA RENAL CRÒNICA

ÍNDEX

- Grup de treball
- Introducció, objectius, criteris inclusió i exclusió
- Definició del problema clínic, població diana
- Criteris diagnòstics i classificació de la MRC
- Atenció al malalt amb MRC:
 - ✓ Dispositius assistencials
 - ✓ Seguiment de la MRC
 - ✓ Criteris d'atenció compartida
 - ✓ Criteris de derivació preferent/urgent
 - ✓ Medicació en la MRC
 - ✓ Tractament substitutiu: diàlisi i transplantament

RUTA ASSISTENCIAL MALALTIA RENAL CRÒNICA

- Població de referència: >18 anys: 435.170 habitants
- Definició del problema clínic: prevalença estimada de MRC en població de l' AIS-BE:

- ✓ 113.461 > 20 anys

- ✓ 24.280 > 64 anys

Estudi EPIRCE: prevalença MRC: 6.8 % > 20 anys, 21.4 % > 64 anys

- Població diana: prevalença estimada de MRC en població assistida:

- ✓ 54.689 > 18 anys

- ✓ 22.486 > 70 anys

Estudi EROCAP: prevalença MRC: 21,3 % > 18 anys, 21.4% > 70 anys

RUTA ASSISTENCIAL MALALTIA RENAL CRÒNICA

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la enfermedad renal crónica

La ERC se define por la presencia de alteraciones en la estructura o función renal durante más de 3 meses

Criterios de ERC (cualquiera de los siguientes durante > 3 meses)

Marcadores de daño renal	Albuminuria elevada
	Alteraciones en el sedimento urinario
	Alteraciones electrolíticas u otras alteraciones de origen tubular
	Alteraciones estructurales histológicas
	Alteraciones estructurales en pruebas de imagen
	Trasplante renal
FG disminuido	FG < 60 ml/min/1,73 m ²

Grado de recomendación: sin grado.

ERC: enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular.



RUTA ASSISTENCIAL MALALTIA RENAL CRÒNICA

Seguiment dels pacients amb MRC

Taula 6: Pronòstic de la MRC

Filtrado glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m ²)			Albuminuria Categorías, descripción y rangos		
			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			< 30 mg/g ^a	30-300 mg/g ^a	> 300 mg/g ^a
G1	Normal o elevado	≥ 90		Monitorizar	Derivar
G2	Ligeramente disminuido	60-89		Monitorizar	Derivar
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59	Monitorizar	Monitorizar	Derivar
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44	Monitorizar	Monitorizar	Derivar
G4	Gravemente disminuido	15-29	Derivar	Derivar	Derivar
G5	Fallo renal	< 15	Derivar	Derivar	Derivar

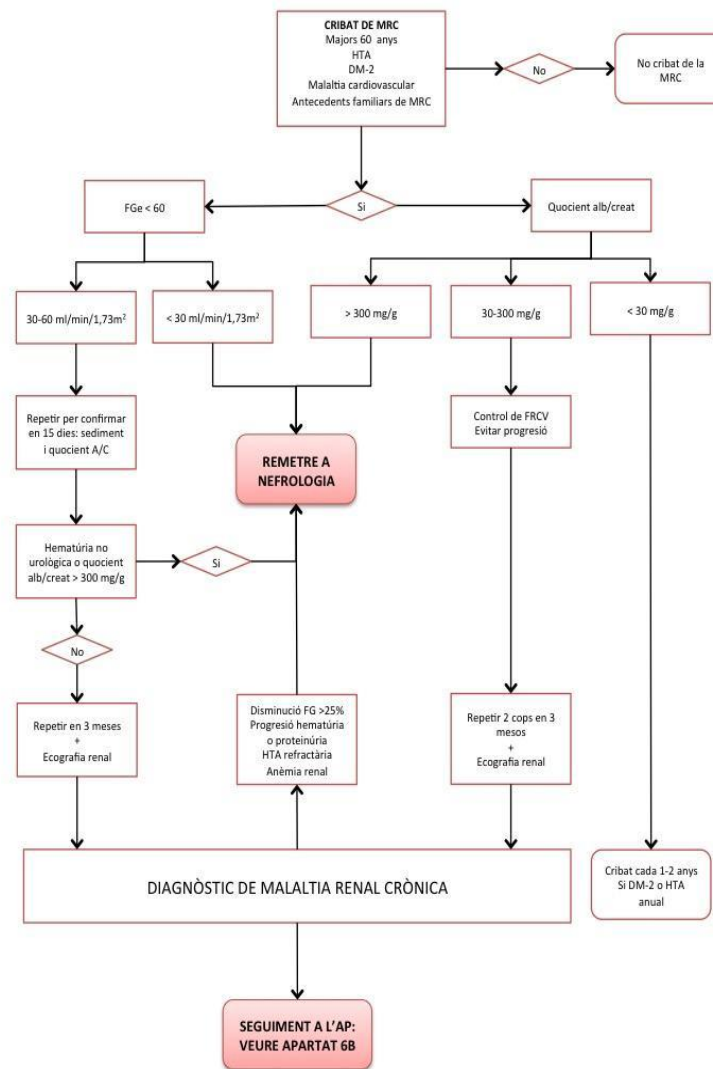
**Taula 7: Tasques i
objectius a
assolir a la
consulta d'AP**

Control de la pressió arterial	<140/90 mmHg si quocient albúmina/creatinina <30 mg/g
	<130/80 mmHg si quocient albúmina/creatinina ≥ 30mg/g
	individualitzar amb pacients molt grans o amb molta comorbiditat cardiovascular
Reducció del RCV	Deixar de fumar, exercici físic, control pes, perfil lipídic i control DM.
Control de l'obesitat	Com a mesura de prevenció cardiovascular i global per a frenar la progressió de la MRC.
Revisar hàbits dietètics Veure annex 5	- Reducció en el consum de sal. - Reduir ingesta de proteïnes als adults amb FG estimat < 30 ml/min/1.73m ² sense evidència de risc de malnutrició. - Pacients amb grau avançat de MRC poden necessitar diferents consells dietètic: sodi, hidrats de carboni, proteïnes, fòsfor i potassi.
Revisar medicació	Ajustant la dosis d'acord al FG. En MRC 3-5 evitar AINES, anti-diabètics orals d'eliminació renal, contrastes iodats.
Anàlisi de sang i orina	A cada revisió a partir de MRC grau 3 amb hemograma, glucosa, creatinina, urea, Na, K, colesterol, FG estimat, quocient albúmina/creatinina i sediment d'orina.
Metabolisme ossi-mineral	Avaluar al menys un cop a l'any els nivells de calci, fòsfor, fosfatasa alcalina, parathormona intacta (PTHi) i vitamina D sèrics en pacients amb FG estimat <45 ml/min/1.73m ² .
Anèmia	La determinació d'hemoglobina sèrica es farà: <ul style="list-style-type: none"> • anualment si FG <60 i >30 ml/ min/1.73 m² • semestralment si FG < 30ml/ min/1.73 m². El tractament de l'anèmia associada a MRC serà el tractament farmacològic amb ferro si IST ≤ 30% i ferritina sèrica ≤ 500ng/ml
Hiperuricèmia simptomàtica	Nivells < 7 mg/dl amb inhibidors xantino-oxidasa amb dosis ajustada a la funció renal.
Vacunació	- Grip si FG < 60ml/min/1.73m ² , - Pneumocòccica si FG < 30ml/min/1.73m ² - VHB si FG < 30ml/min/1.73m ² i risc de progressió a HD

**Taula 8: Criteris
per consultoria
presencial / on-
line o derivar**

Estadis de la MRC	Filtrat Glomerular estimat	
Categoria G1	≥ 90 ml/min/1.73m ²	Si albuminúria alb/cr > 300 mg/g
Categoria G2	60-89 ml/min/1.73m ²	Si albuminúria alb/cr > 300 mg/g
Categoria G3a	45-59 ml/min/1.73m ²	Si albuminúria alb/cr >300 mg/g i < 70 anys
Categoria G3b	30-44 ml/min/1.73m ²	Si albuminúria alb/cr >300 mg/g i < 70 anys
Categoria G4	15-29 ml/min/1.73m ²	Independentment de la proteïnúria*
Categoria G5	<15 ml/min/1.73m ²	Independentment de la proteïnúria*
Velocitat de progressió**		MRC G3-G4 que progressi ràpidament > 5 ml/min/1,73m ² en un any.
		Empitjorament brusc del FG >25% i/o disminució de la diüresi
Proteïnúria		alb/cr > 300 mg/g o prot/cr >500 mg/g en orina recent proteïnúria >500 mg/24 hores
Hematúria		Albuminúria >300 mg/g amb hematúria
		No justificada per altres causes, sediment amb >20 hematies/camp, sobretot en el cas de cilindres hemàtics
Hipertensió arterial (HTA)		MRC amb HTA mal controlada malgrat l'ús de tres fàrmacs sinèrgics un d'ells un diürètic a dosis plenes tolerades
		Sospita de estenosis d'artèria renal
Anèmia		Hb <10 g/dl, descartades ferropènia o altres causes d'anèmia
Hiperkalièmia		K>5.5 mmol/L malgrat tractament
Altres		Sospita de causes genètiques de MRC
Nefrolitiasis recurrent		

**Figura 1:
Maneig de la
MRC**



RUTA ASSISTENCIAL MALALTIA RENAL CRÒNICA

GUIES CLÍNiques DE REFERÈNCIA

- Consens català sobre atenció a la malaltia renal crònica. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2013. www.camfic.cat/CAMFiC
- Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Nefrología 2014;34(3):302-16.

DIFUSIÓ DE DOCUMENTS



RECOMENDACIONES GENERALES:



✓ Procure **fraccionar** su dieta en 4-6 comidas al día. Es importante que no pasen más de 4 horas entre una comida y otra. Así evitará picar alimentos poco adecuados.

✓ Para mantener una digestión adecuada es importante comer **despacio**, masticando bien y procurar que el ambiente sea tranquilo y sin distracciones.



✓ Las **cocciones** de elección deben ser saludables (plancha, horno, vapor, hervido, microondas, sofrito, etc.). Los fritos, salsas grasas, guisos, etc. debería consumirlos esporádicamente.

✓ Mantenga una buena **hidratación** (1.5L al día o la cantidad que le indique su médico) principalmente a base de agua, infusiones, etc. Los zumos sin azúcar añadido y los refrescos sin azúcar los puede tomar ocasionalmente.



✓ Evite el **alcohol** (vino, cerveza, licores, etc.) porque no beneficia a su salud. Consúmalo sólo en ocasiones especiales y cantidad moderada.

✓ La combinación de dieta con **ejercicio físico** es imprescindible para conservar la salud. Procure mantenerse activo subiendo escaleras, caminando, realizando algún deporte,... Se recomienda acumular un mínimo de media hora de actividad física diaria.



PROPIETARI	DATA EDICIÓ	CODI
Nutrició i dietètica	Enero-2015	A_HCB_ICMDM_DIN_11_15_01

**RECOMENDACIONES DIETÉTICAS
PARA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**



La dieta **protectora** del riñón es aquella que aporta la cantidad de energía necesaria para realizar la actividad diaria y ajustada en proteínas para conservar la función renal.

Dietista-Nutricionista Bárbara Romano
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA
ICMDM - HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA



El riñón es el órgano encargado de **eliminar** toxinas y el exceso de minerales a través de la orina. Cuando éste no funciona bien, los minerales sobrantes no pueden ser eliminados y **se acumulan** en sangre hasta niveles perjudiciales para la salud. Los principales a **controlar** son el fósforo, el potasio y el sodio (sal).

EN CASO DE TENER **FÓSFORO** ELEVADO EN SANGRE

Es un mineral que se encuentra principalmente en los alimentos proteicos (lácteos, pescados, carnes, etc.). Si se acumula en sangre puede interferir en la asimilación de calcio por lo que es importante controlar su consumo.

Las recomendaciones habituales son:

LÁCTEOS: 1 ración/día (1 vaso de leche o 2 yogures o 70g queso fresco...)

CARNES, PESCADOS, HUEVOS: 1 ración/día (100g de pollo, pavo o ternera magra priorizando la carne blanca, 150g pescado blanco o azul priorizando el blanco, 1-2 huevos, etc.). Evitar el marisco.

ALIMENTOS PROCESADOS: suelen llevar fósforo añadido y éste se absorbe completamente por lo que es necesario que lea etiquetas (busque en los ingredientes palabras que lleven "fos-" como por ejemplo **fosfato**) y los evite. Los alimentos que lo contienen son: refrescos tipo cola, embutidos...



EN CASO DE TENER **POTASIO** ELEVADO EN SANGRE

Es un mineral que se encuentra principalmente en los alimentos vegetales (verduras, frutas, patatas, legumbres, frutos secos, etc.) Si se acumula en sangre puede afectar al ritmo del corazón por lo que es importante controlar su consumo.

Las recomendaciones habituales son:

FRUTA: 2 raciones/día (1 manzana, pera, naranja, melocotón...)

Las más ricas en potasio son plátano, albaricoque, uva, higo,...

Las más pobres son las hervidas o en almíbar (no tomar el jugo).

VERDURAS Y HORTALIZAS: 2 raciones pequeñas/día

Las más ricas en potasio son espinaca, aguacate, remolacha,...

PATATAS: realizar remojo y doble cocción.

LEGUMBRES: 1 vez a la semana.

FRUTOS SECOS: preferiblemente evitarlos.



El remojo y la **doble cocción** permiten reducir hasta el 40% del contenido de potasio. Aquí se le indica cómo realizarlo.

Para **verduras frescas, patatas y legumbres:**

Pelar y cortar el alimento, si es posible, en trozos pequeños y lavarlo.



Poner en remojo en abundante agua fría. Escurrir.

Verduras: 4h
Patatas: 8-12h
Legumbres: 24h
Cambiar el agua 2-3 veces.

Poner en una olla con abundante agua fría. Después de 5 minutos hirviendo, colar y desechar el agua.



Repetir esta operación pero en agua caliente y hasta finalizar cocción. Siempre desechar el agua.

Verduras crudas: después del remojo guardarlas un rato en la nevera para que mejore la textura.

Verduras congeladas: ponerlas a descongelar en un colador a temperatura ambiente. Escurrirlas y enjuagarlas con agua fría. Realizar la cocción como en las verduras frescas.

Cocción de patatas fritas. Se dejarán en remojo y se hará una primera cocción. Una vez escurridas, proceder con la fritura.

CONDIMENTACIÓN: las sales sustitutivas, sales de hierbas y alimento "bajos en sal" suelen llevar potasio por lo que es necesario que lea etiquetas y los evite.

CÓMO REDUCIR EL CONSUMO DE **SODIO (SAL):**

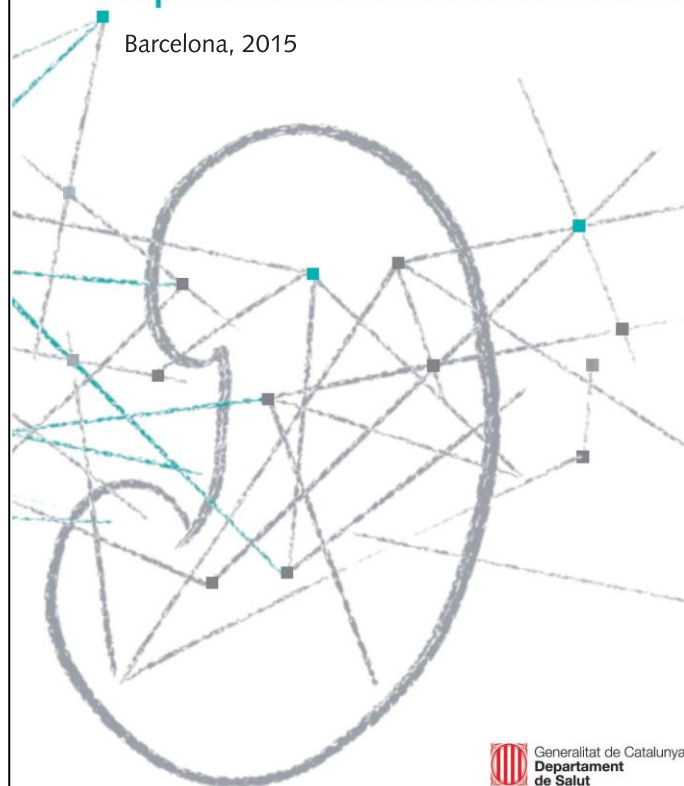
Recuerde que la sal no sólo se añade al cocinar o en la mesa. Hay alimentos que debe evitar por ser ricos en sal como: embutidos, platos precocinados, bollería industrial, pasta rellena, salsas comerciales, cubitos de caldo, etc. Las sales de sustitución o "de régimen" también contienen sodio por lo que **NO** son recomendables.

Para dar sabor a los platos puede **condimentar** con especias, hierbas aromáticas, ajo, limón, aceite de oliva virgen extra...



Malaltia renal crònica avançada: opcions de tractament

Barcelona, 2015





**SER DONANTE
DE RIÑÓN
EN VIDA,
¿QUÉ SIGNIFICA?**

TRASPLANTE
RENAL

PROGRAMA DE NEFROLOGIA EXTRAHOSPITALÀRIA

PROGRAMA DE NEFROLOGIA EXTRAHOSPITALÀRIA

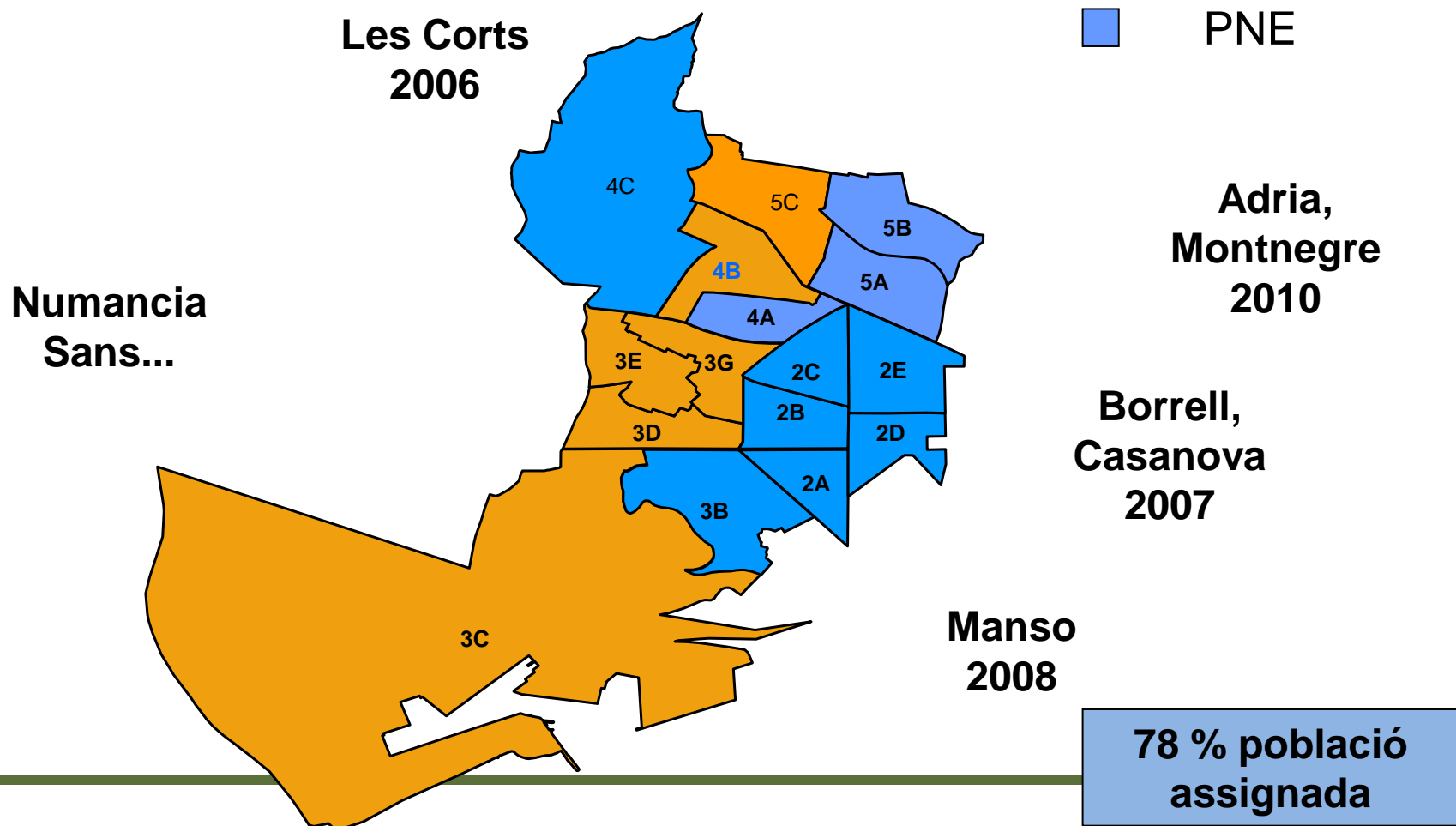
- **Objectius**
 - 1. donar suport mitjançant consultoria als metges de família en les ABS de referència en relació als malalts renals**
 - 2. consultoria on-line i de presència física bimensual**

PROGRAMA DE NEFROLOGIA EXTRAHOSPITALÀRIA

Continuació assistencial

- Nefròleg de contacte
- Consultoria de casos clínics
- Consens del criteri de derivació

Programa Nefrologia Extrahospitalària. Implementació



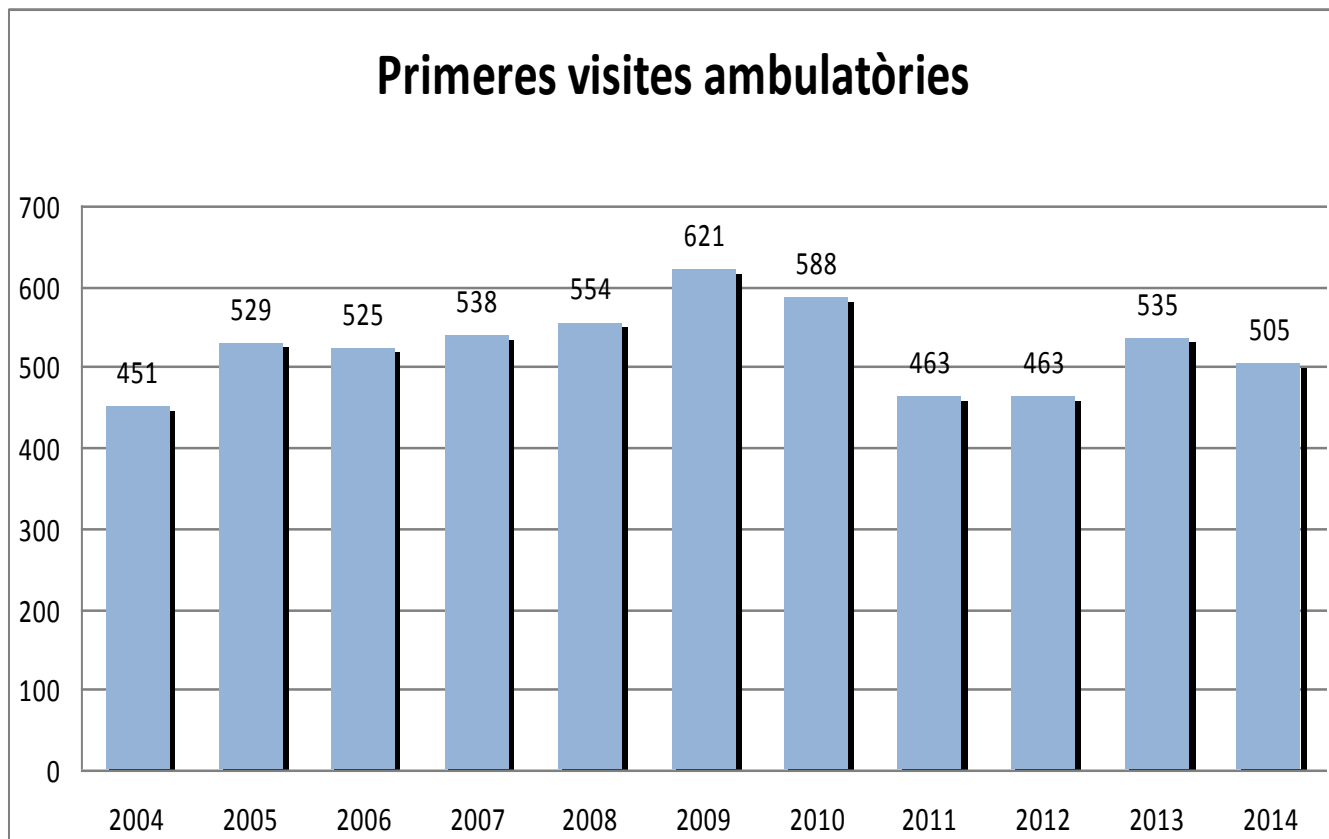
Programa Nefrologia Extrahospitalària (PNE). Avaluació

- Podem avaluar el programa de nefrologia extrahospitalària desenvolupat progressivament des de l'any 2006 ?
- Com ho podem fer?
- Varem establir un índex entre activitat de CCEE procedent de les ABS i estimació malaltia renal



Consulta Externa Nefrologia Clínica

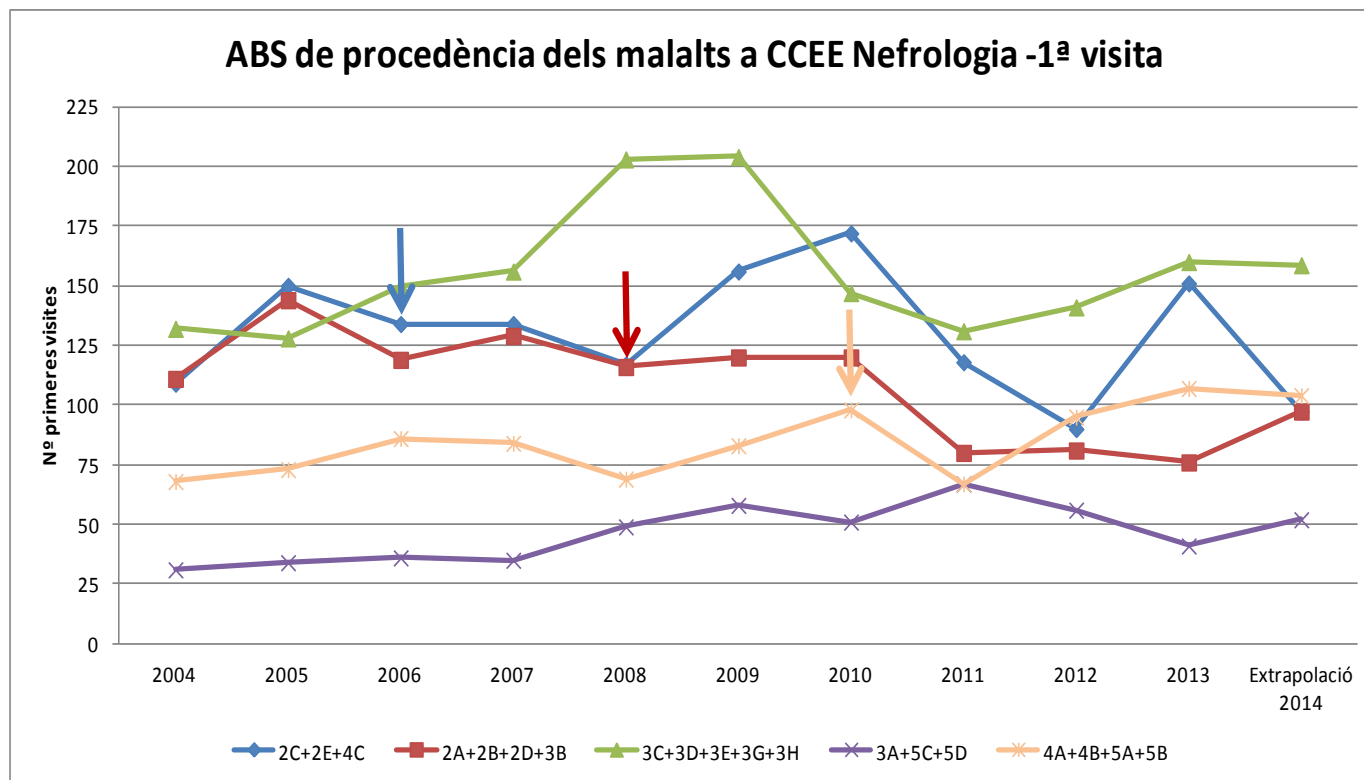
Evolució del nombre de primeres visites derivades des del territori



($\approx 70\%$) de les primeres visites

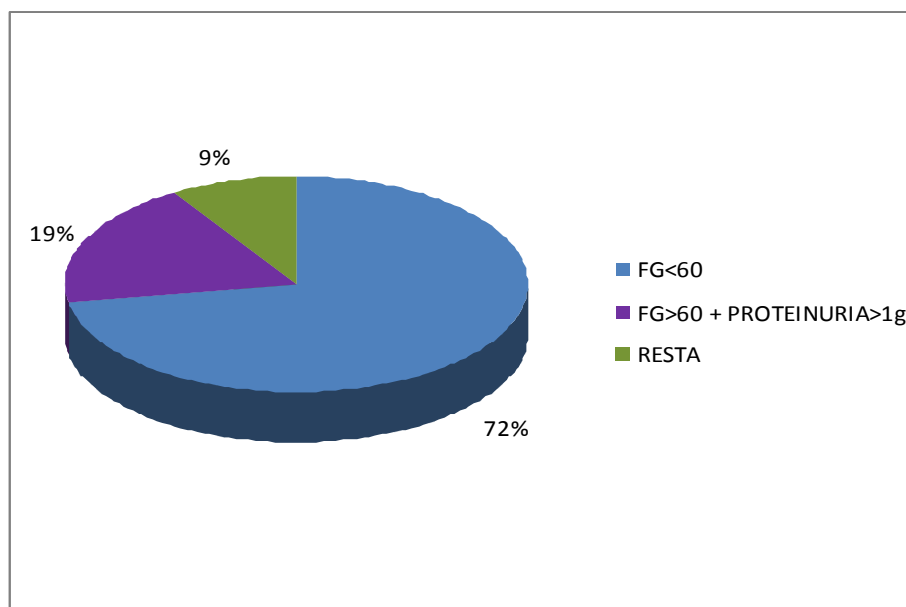
Consulta Externa Nefrologia Clínica

Evolució del nombre de primeres visites derivades des del territori segons l'any d'implemenatció del PNE (fletxa)



Motiu de consulta en nefrologia 2004-2014

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA





Index de 1es visites de malalts renals en relació estimació de MRC en població assignada de 70 o més anys .

ÀBS agrupades per l'extensió del PNE i el proveïdor de serveis, 2004-2014

Àrees Bàsiques Salut		Any	Població d'adults ≥ 70 anys			
			Nombre	Nombre estimat de malalts renals 33,7 %	Nombre de derivacions 1ª visita	Index derivació 1ª visita %
Sí suport nefrologia extra-hospitalària	4C + 2C + 2 E	2008	18.319	5.631	86	15,27
		2011	16.150	5.443	68	12,49
		2014	16.392	5.524	60	10,86
	2A + 2 B + 2D + 3-B	2008	19.094	6.435	75	11,66
		2011	18.005	6.068	40	6,59
		2014	17.141	5.777	40	6,92
	4A + 4 B + 5A + 5B	2008	20.218	6.813	50	7,34
		2011	19.736	6.651	48	7,22
		2014	19.880	6.699	52	7,76
	TOTAL	2008	41.716	13.248	125	9,44
		2011	37.741	12.719	88	6,92
		2014	37.021	12.476	92	7,37
No suport nefrologia extra-hospitalària	3C + 3D + 3E +3G +3H	2008	20.721	6.983	138	19,76
		2011	20.179	6.829	79	11,57
		2014	19.965	6.728	93	13,82
	5C + 5D + 3A	2008	11.151	3.758	26	6,92
		2011	10.762	3.627	37	10,2
		2014	10.656	3.591	34	9,47

Index de 1es visites de malalts renals en relació estimació de MRC en població atesa. ÀBS agrupades per l'extensió del PE en CAPSE i ICS, 2010-2014

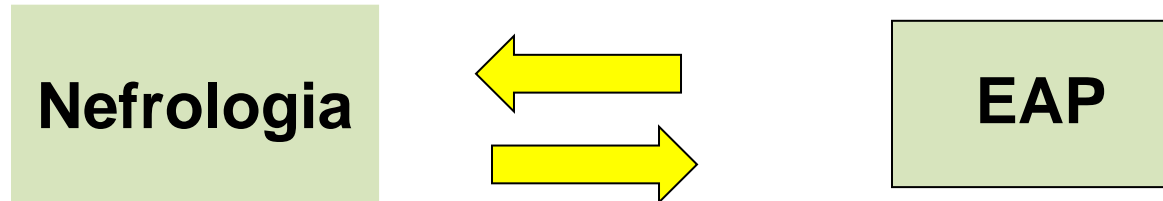
PNE	ABS	Any	Població atesa > 18 anys				Població atesa > 70 anys			
			Nombre	Estimació MRC (21,3 %)	Nombre 1es visites nefrologia	Index 1es visites ‰	Nombre	Estimació MRC (33,7 %)	Nombre 1es visites nefrologia	Index 1es visites ‰
Consultor nefrologia presencial	4C +2C + 2 E	2010	65.114	13.869	172	12,40	19.289	6.500	99	15,23
		2014	59.600	12.695	97	7,64	15.809	5.328	60	11,26
	2A + 2 B + 2D + 3B	2010	64.503	13.739	120	8,73	15.075	5.080	78	15,35
		2014	60.998	12.993	97	7,47	15.059	5.075	40	7,88
	4A + 4 B + 5A + 5B	2010	54.964	11.707	98	8,37	15.798	5.324	66	12,40
		2014	53.768	11.453	104	9,08	16.665	5.616	52	9,26
Consultor nefrologia en línia	3C+ 3D + 3E +3G +3H	2010	87.235	18.581	147	7,91	18.642	6.282	98	15,60
		2014	82.387	17.548	159	9,06	19.190	6.467	93	14,38

PROGRAMA DE NEFROLOGIA EXTRAHOSPITALÀRIA

ÀBS	Equip Atenció Primària (EAP)	Centre d'Atenció Primària	Nefròleg/a	e-mail
2C	Comte Borrell	Comte Borrell	Dra. Pilar Arrizabalaga	parriza@clinic.cat
2E	Casanova	Casanova		
4A + 4B	Montnegre i Les Corts-Pedralbes	Montnegre		
4C	Les Corts	Les Corts		
5A + 5B	Marc Aureli i Sant Elies	Adrià		
2A + 2B + 2D + 3B	Sant Antoni, Via Roma, Universitat, PobleSec-Montjuic	Manso	Dr. Luis Quintana	lfquinta@clinic.cat
3D	Bordeta- Magòria	Bordeta-Magòria	Dr. Albert Botey	botey@clinic.cat
	Consell de Cent	Numància		
3G	Numància	Numància		
3A	Poble Sec	Les Hortes	Dr. Miquel Blasco	miblasco@clinic.cat
3C	Doctor Carles Riba	Doctor Carles Riba		
3E	Sants	Sants		
	Sants-Carreras Candi	Carreras Candi		
3H	La Marina	La Marina		
5C + 5D	Sarrià i Vallvidrera - Les Planes	Sarrià		

PROGRAMA DE NEFROLOGIA EXTRAHOSPITALÀRIA

Continuació assistencial instruments



- Seguretat del malalt i dels metges*
- Sistema informàtic: e-cap. (OMI-EBAs)*
- Agenda nefrologia en els CAPs*
- Base de dades de consultes i derivacions*

VIA CLÍNICA DE NEFROLOGIA

2008, 1^a versió

Dr. Jaume Benavent
Gerent de GesClínic i de CAPSE

Dr. Alfons Pérez
Director de Processos Assistencials
RAE. Esquerra de Barcelona

Dr. Alexandre Darnell
Consultor Senior. SNTR. H. Clínic

2016, actualització
Grup Clínic Nefrologia
AIS-BE

VIA CLÍNICA NEFROLOGIA AIS	DESCRIPCIÓ GENERAL	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ATENCIÓ URGENT HOSPITAL REFERÈNCIA												
MALALTIA RENAL CRÒNICA ESTADI 1 ESTADI 2 ESTADI 3 ESTADI 4 ESTADI 5 Fórmula de Cockcroft-Gault $FG(m/min) = \frac{140 - \text{edat}}{72} \times \frac{\text{Creat}}{1.73}$ *x 0,85 en dones Fórmula MDRD (ml/min) $FG = 186 \times \text{creat}^{-1.154} \times \text{edat}^{1.154} \times 0,742$ en dones	FILTRAT GLOMERULAR ml/min > 90 Lesió renal amb funció renal normal 60-89 Lesió renal amb dèficit funcional lleuger 30-59 Dèficit funcional moderat 15-29 Dèficit funcional intensa < 15 Insuficiència renal terminal (Lesió: microalbuminúria, proteinúria, hemàturia) RENOPROTECCIÓ AP I AE - Bloqueig sistema RAA (iecas i/o ara 2) - Control HTA: < 130/80 - Control glicèmia: DM1, HbA1C < 7,5 mg/dl, DM2, HbA1C < 6,5 mg/dl - Control lipídic: LDL < 100 mg/dl - Supressió tabac i control pes - Antiagregants (aas 100 mg/cia) - Evitar fàrmacs nefrotòxics	Control habitual en ESTADI 1 ESTADI 2 RENOPROTECCIÓ Derivar si: - Empitjorament ràpid MRC PREVIA - Proteinúria > 500 mg/24 h o > 500 mg/g de creatinina - Estadi 4 i 5 MRC < 15 - Dèficit funcional: <table border="1"> <tr> <td></td> <td>< 70 anys</td> <td>> 70 anys</td> </tr> <tr> <td>HOME</td> <td>Cr > 1,4</td> <td>Cr > 2,4</td> </tr> <tr> <td>DONA</td> <td>Cr > 1,2</td> <td>Cr > 1,8</td> </tr> <tr> <td>FG</td> <td>60 ml/min</td> <td>30 ml/min</td> </tr> </table>		< 70 anys	> 70 anys	HOME	Cr > 1,4	Cr > 2,4	DONA	Cr > 1,2	Cr > 1,8	FG	60 ml/min	30 ml/min	Control habitual en ESTADI 4 ESTADI 5 (control anèmia Hb 11-12 mg/dl) (control metabolisme Ca/P) RENOPROTECCIÓ	Fallida renal aguda Creatinina duplica valor en < 3 setmanes Agudització ràpida MRC prèvia Emergència hipertensiva Debut malaltia amb complicacions: - Creat > 5, K > 6 - Síntomes d'urèmia - Oligoanúria - Insuficiència cardíaca - Anasarca
	< 70 anys	> 70 anys														
HOME	Cr > 1,4	Cr > 2,4														
DONA	Cr > 1,2	Cr > 1,8														
FG	60 ml/min	30 ml/min														
NEFROPATIA DIABÈTICA	Microalbuminúria inicial (30-300 mg/24 h) Proteinúria posterior (> 300 mg/24 h, > 200 mg/g creatinina) MRC amb FG < 60 ml/min RENOPROTECCIÓ Evitar metformina i ADOS si FG < 30	CRIBRATGE microalbuminúria - Tira reactiva - Orina de 24 h - Quocient albumina / creat. en orina matinal RENOPROTECCIÓ	Control si: - Proteinúria > 1 g/24 h - HTA no control malgrat tractament - Aparició d'insuficiència renal amb creatinina > 1,4 homes, > 1,2 dones	Descompensacions Complicacions: - Anasarca - Creatinina duplica valor en < 3 setmanes - Creat > 5, K > 6 - Síntomes d'urèmia - Oligoanúria												
HTA	PA \geq 140/90 Nefropaties i diabètics mantenir PA < 130/80	Estudi: ECG, fons d'ull, perfil d'orina Si dubtes: AMPA, MAPA DERIVAR SI - No control amb 3 fàrmacs - Sosпита HTA vasculorenal - Proteinúria > 500 mg/cia	Control si: - Sosпита vasculorenal (< 30 anys, línei brusc, HTA refractària, asimetria renal, vasculopatia perifèrica): Ecodoppler Renograma amb captopril - Sosпита HTA d'origen renal - Sosпита HTA endocrina	Emergència hipertensiva Fallida renal aguda Creatinina duplica valor en < 3 setmanes												
POLIQUISTOSI RENAL	Quists renals bilaterals Antecedents familiars	- Visita, diagnòstic i tractament - Perfil bàsic orina - Filtrat glomerular anual a partir 40 anys ECOGRAFIA ABDOMINAL - Tractament HTA, còlics nefrític, infeccions	- Estudi afecció d'altres òrgans (quists hepàtics, aneurismes cerebrals, valvulopaties cardíaques) - Estudi genètic RENOPROTECCIÓ - Tractament MRC 4-5 - Tractament renal substituït	Quists complicats (dolor, febre, hemàturia) Malaltia renal greu amb: - Creat > 5, K > 6 - Urèmia - Oligoanúria												

Activitat de recerca

PRESENTACIONS A CONGRESSOS

LA CONTRIBUCION DE LA NEFROLOGIA EXTRAHOSPITALARIA AL CONTROL DE LA DEMANDA: ANALISIS DEL AREA INTEGRAL DE SALUD BARCELONA ESQUERRA (AISBE).

Pilar Arrizabalaga, Mònica Gomez Martinez, Estrella Fernández Vega, Alexandre Darnell, Frederic Oppenheimer, Josep M Campistol

Servicio Nefrología y Trasplante renal, Instituto Clínico de Nefrología y Urología, Dirección Estratégica, Dirección Médica. Hospital Clínico. Barcelona. AISBE.

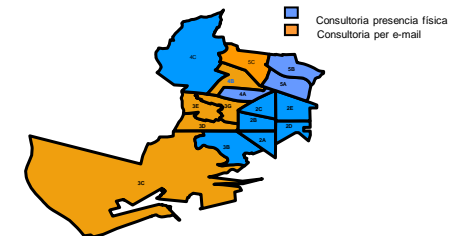
Objetivos

Estimar la prevalencia de ERC en nuestro territorio y evaluar un programa de nefrología extrahospitalaria (PNE) implantado progresivamente desde 2006 en las Áreas Básicas de Salud (ABS) del AISBE, 524.395 habitantes, más del 30% de la población de Barcelona.

Conclusiones

- El descenso de los índices de 1^{as} visitas en nefrología derivadas desde las ABS de referencia sugiere mejor resolución de la atención primaria en el periodo analizado.
- La mejora mayor, ABS 2A, 2B, 2D y 3B (descenso ID > 44%) coincide plenamente con la implantación de la consultoría de presencia física del PNE en el periodo analizado.
- El PNE supera con precocidad y contención la brecha entre la atención primaria y la hospitalaria a fin de dar respuesta a la cronicidad, el envejecimiento y la dependencia.

Programa Nefrología Extrahospitalaria (PNE) en AIS-BE.
Año de implantación consultoría nefrología presencial





Chronic renal patient across the continuum of the healthcare from family practitioner to nephrologists.

P. Arrizabalaga, M. Gomez, I. Menacho, L. Pallisa, V. Jorge, F. Oppenheimer, D. Font, C. Campistol (Hospital Clinic, CAPSE)

Introduction:

The chronic kidney disease (CKD) is defined as a decreasing in renal function shown by a glomerular filtration rate (GFR) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ or the presence of kidney damage expressed by proteinuria or microhematuria for more than three months or the presence of histological lesions in the renal biopsy or abnormalities in imaging studies.

Activitat de docència

JORNADA DE NEFROLOGIA PER A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Jornada patrocinada per:





Jornada auspiciada per:



Amb el suport de:



Sol·licitada l'acreditació al:



Consell Català
de Formació Contínuada
Professions Sanitàries

Barcelona, 29 d'abril de 2016



aula Clínic

**ACTUALITZACIÓ EN NEFROLOGIA
PER A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA,
X JORNADA**



ORGANITZACIÓ DE LA JORNADA
 Servei de Nefrologia i Trasplantament Renal.
 Institut Clínic de Nefrologia i Urologia (ICNU).
 Hospital Clínic de Barcelona

Grup Clínic de Nefrologia. AISBE


 Hospital Universitari


 Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra

Comitè d'Atenció Integral de Salut Barcelona Esquerra
Sessió 25 d'abril de 2016

37 de 38

MOLTES GRÀCIES