

Prevenzione della Malattia Renale Cronica e della sua progressione: PDTA e ruolo del MMG

Martedì dell'Ordine

16 Aprile 2019



Caratteristiche dei pazienti a rischio per MRC

- Ipertensione arteriosa
- Diabete mellito
- Malattia cardiovascolare (cardiopatía ischemica, insufficienza cardiaca cronica, vasculite periferica e vasculopatia cerebrale)
- Glomerulonefrite (anamnestica)
- Familiarità per malattie renali (storia familiare di MRC in stadio 5 o di malattia renale ereditaria)
- Malattie autoimmuni sistemiche (es. Lupus Eritematoso Sistemico)
- Infezioni urinarie ricorrenti
- Calcolosi reno/ureterale complicata
- Anomalie urinarie persistenti (escluse cause urologiche)
- Consumo abituale di FANS, Litio, farmaci inibitori della calcineurina, mesalazina ed altri farmaci potenzialmente nefrotossici
- Monorene chirurgico o funzionale
- Proteinuria persistente (> 300mg/die)
- Rilevazione anche occasionale di creatininemia > 1.5mg/dl nell'uomo e 1.3 mg/dl nella donna e/o con eGFR < 60 ml/min/1,73 m² SC
- Individuazione occasionale di ematuria

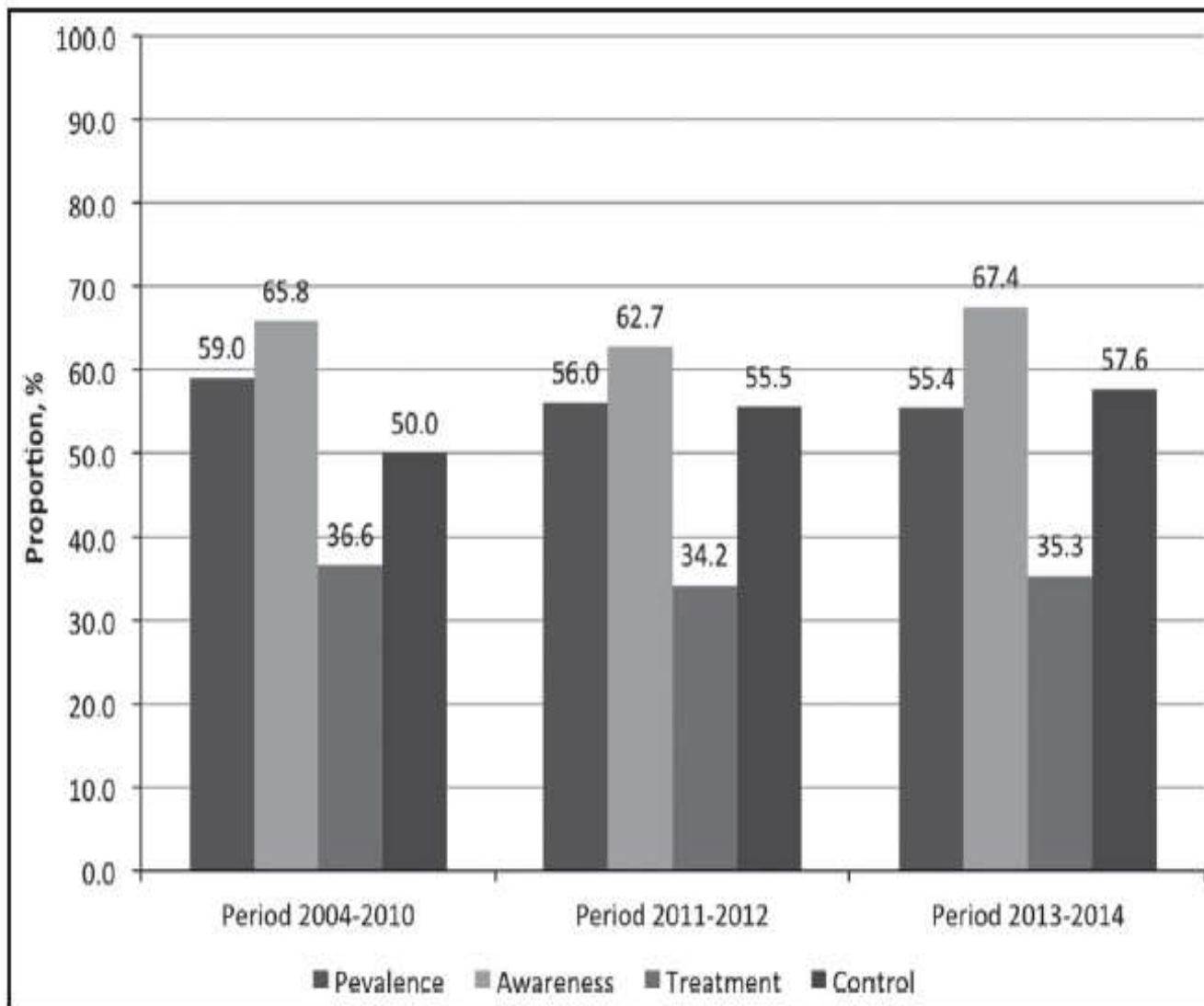
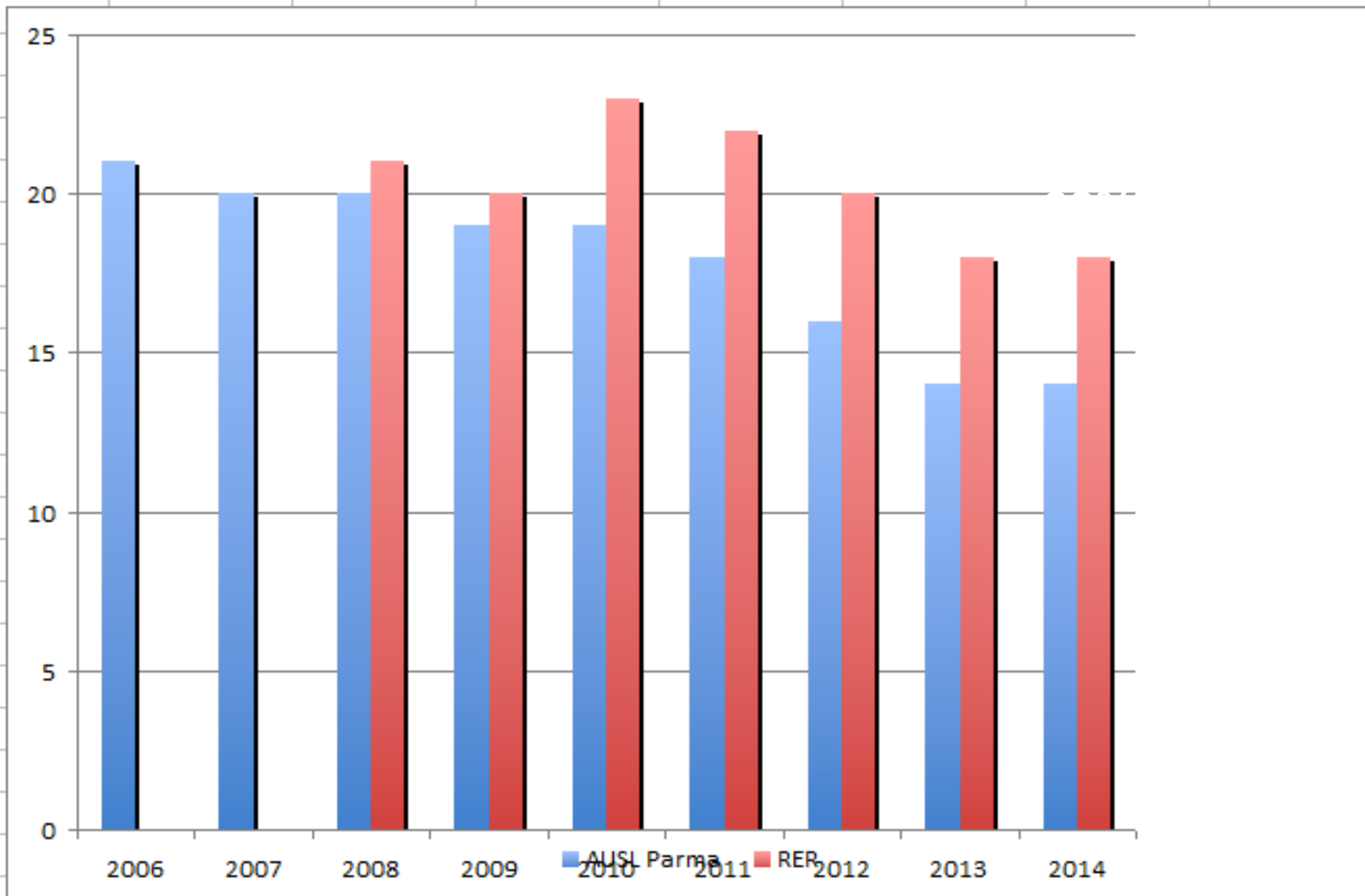


FIGURE. Prevalence, awareness, treatment, and control rates during the different time periods. Blood pressure control rates have been calculated among treated hypertensive individuals.

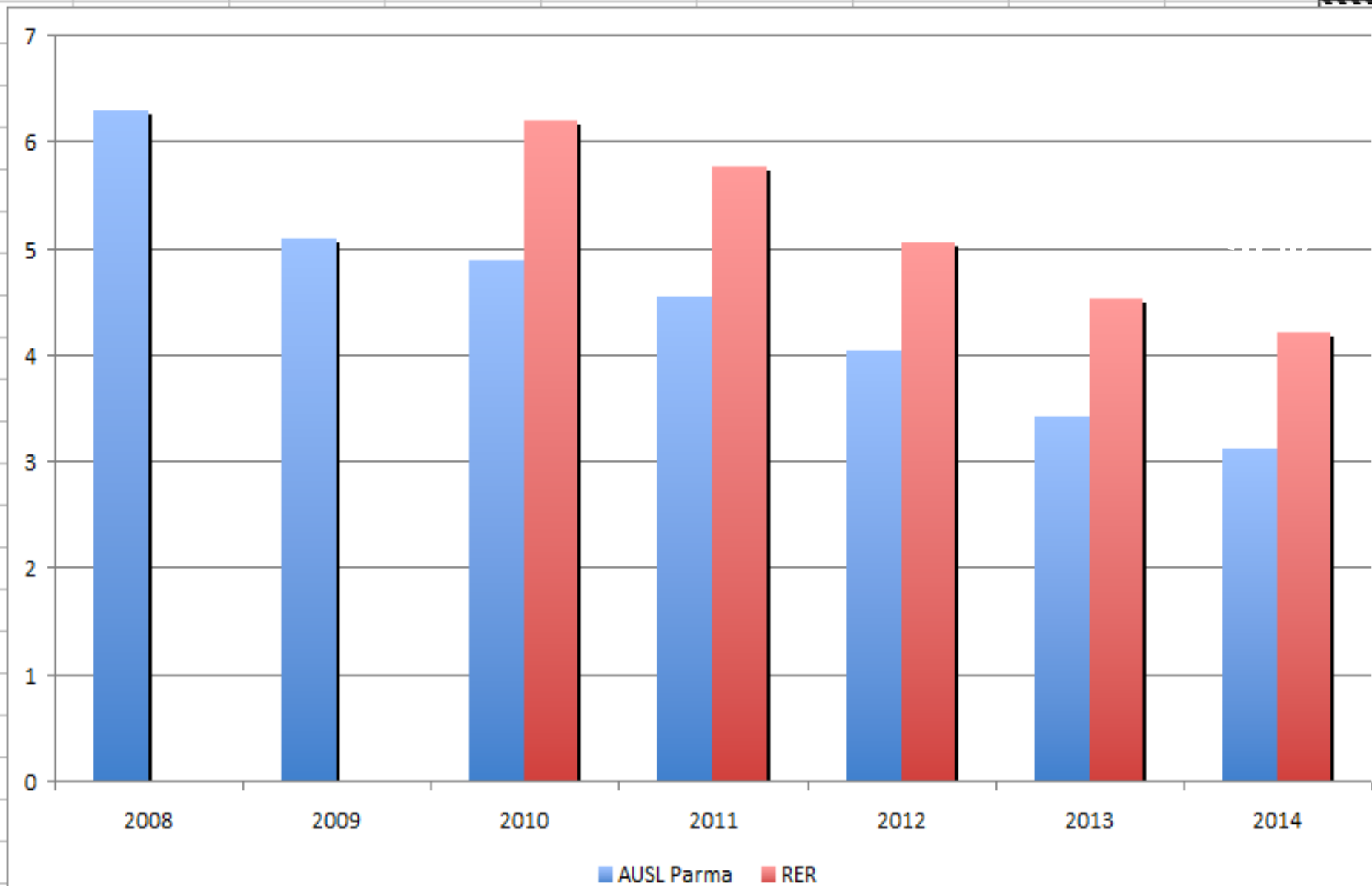


Non «accontentiamoci» di trattare il paziente iperteso
Puntiamo a raggiungere ragionevoli target pressori

CONSUMO FANS POPOLAZIONE GENERALE RER vs. AUSL PR (DDD/1000 PAZIENTI)



% PZ.>65 ANNI CONSUMATORI FANS>15 gg. RER vs. AUSL PR



Rate of hospitalization during exposure to specific PIMs

Medication(s)	Number of people	Exposure time in 1000 PYs	Number of hospitalizations	Rate of hospitalization per 1000 PYs ^a
Ketorolac injectable (>2 days)	11992	1.6	1857	1137.9
Pentazocine	91	0.0	18	525.1
Nitrofurantoin ^b	1897	0.3	139	500.2
Ferrous sulphate >325 mg day ^{-1b}	141468	108.9	52313	480.2
Spirololactone >25 mg day ^{-1c}	15924	17.8	8440	473.4
Digoxin >0.125 mg day ^{-1b}	84071	163.0	54221	332.6
Ticlopidine ^d	151758	340.5	96463	283.3
Clonidine (oral)	7349	11.8	3288	278.9
Citalopram >20 mg day ^{-1c}	117297	143.9	38826	269.8
Chlorpropamide	29	0.0	9	264.7
Orphenadrine	5354	5.8	1459	252.5
Escitalopram >10 mg day ^{-1c}	70129	88.9	22109	248.7
Amitriptyline	45358	32.1	7675	238.7
Indomethacin	30962	7.0	1585	225.2
Testosterone	415	0.4	100	223.3
Nifedipine (short-acting)	1120	0.6	138	221.1
Cimetidine ^b	885	0.9	177	190.0
Disopyramide	714	1.2	227	183.0
NSAIDs (>15 days)	633433	470.6	82580	175.5
Trimipramine ^d	1788	1.8	311	170.5
Methyldopa	1134	2.0	333	163.4
Nortriptyline ^d	2648	4.3	686	158.5
Imipramine ^d	2046	2.2	341	155.7
Clomipramine ^d	9075	14.8	2295	155.1
Oestrogen (oral)	5939	7.5	432	57.4

NSAID, nonsteroidal anti-inflammatory drug; PIM, potentially inappropriate medication; PY, person-year.



La terapia prolungata con FANS nel paziente anziano incide spesso negativamente sul sistema cardiovascolare e renale con:

- Aumento della pressione arteriosa/resistenza alla terapia
- Aumento della ritenzione idro-salina

➡ Declino della funzione renale

Criteria di invio del paziente a visita specialistica

1. Pazienti con eGFR <30 ml/min/1.73m² (se riscontrato per la prima volta, opportuno ricontrollarlo a 3 mesi)
2. Pazienti con eGFR 60-30 ml/min e almeno una delle seguenti condizioni:
 - diabete mellito
 - progressivo peggioramento della funzionalità renale (calo del eGFR $>15\%$ in 3 mesi)
 - età <70 aa
3. Pazienti con anomalie urinarie persistenti isolate o in associazione tra loro:
 - Albumine Creatine Ratio ≥ 30 mg/mmol (≥ 300 mg/g) o albuminuria ≥ 300 mg/die o microalbuminuria nei diabetici
 - Proteine Creatine Ratio ≥ 50 mg/mmol (≥ 500 mg/g) o proteinuria ≥ 500 mg/die nei soggetti non diabetici
 - Ematuria (micro- o macro-) di origine glomerulare non per cause urologiche con qualsiasi grado di proteinuria
4. Alterazioni all'imaging renale (cisti renali bilaterali in giovani o giovani adulti, cisti complex, asimmetria dei reni, riduzione di volume o dello spessore della corticale, cicatrici corticali, ipotrofia-agenesia renale, reflusso vescico ureterale) in particolare in pazienti con diabete, ipertensione, malattie cardio-vascolari, quadro rapidamente evolutivo delle alterazioni funzionali
5. Rapida progressione della malattia (vedi Cfr. Indicatori clinici di rapida progressione della malattia)
6. MRC ed ipertensione non controllata in paziente in trattamento con 4 o più farmaci antiipertensivi
7. Conosciute o sospettate cause genetiche di MRC

Classificazione Kidney Disease Improving Global Outcomes (2012)

STADI GFR e CATEGORIE ACR
e RISCHIO DI EVENTI AVVERSI

CATEGORIE ACR (mg/mmol), descrizione e range

<3
Normale a
lievemente
aumentato

3-30
Moderatamente
aumentato

>30
Severamente
aumentato

A1

A2

A3

STADIO GFR (ml/min/1,73m ²), descrizione e range	≥ 90 Normale o incrementato	G1			
	89-60 Lieve decremento	G2			
	59-45 Lieve- moderato decremento	G3a			
	44-30 Moderato- severo decremento	G3b			
	29-15 Severo decremento	G4			
	<15 Insufficienza renale terminale	G5			
Rischio in aumento →→→→→→→→→					←←←←←←←←←

Rischio in aumento





Attenzione ai pazienti anziani con riduzione «fisiologica» del GFR

Rivalutare periodicamente:

- **Terapia antiipertensiva**
- **Terapia diuretica**
- **Stato di idratazione (ondate di calore, diarrea)**

➡ Evitare una ulteriore riduzione della funzione renale



Grazie per la vostra attenzione!



Blood pressure control in Italy: analysis of clinical data from 2005-2011 surveys on hypertension.

Tocci G¹, Rosei EA, Ambrosioni E, Borghgi C, Ferri C, Ferrucci A, Mancia G, Morganti A, Pontremoli R, Trimarco B, Zanchetti A, Volpe M.

⊕ Author information

Abstract

INTRODUCTION: Blood pressure (BP) control is poorly achieved in hypertensive patients, worldwide.

AIM: We evaluated clinic BP levels and the rate of BP control in hypertensive patients included in observational studies and clinical surveys published between 2005 and 2011 in Italy.

METHODS: We reviewed the medical literature to identify observational studies and clinical surveys on hypertension between January 2005 and June 2011, which clearly reported information on clinic BP levels, rates of BP control, proportions of treated and untreated patients, who were followed in different clinical settings (mostly in general practice, and also in outpatient clinics and hypertension centres).

RESULTS: The overall sample included 158876 hypertensive patients (94907 women, mean age 56.6 ± 9.6 years, BMI $27.2 \pm 4.2 \text{ kg/m}^2$, known duration of hypertension 90.2 ± 12.4 months). In the selected studies, average SBP and DBP levels were 145.7 ± 15.9 and 87.5 ± 9.7 mmHg, respectively; BP levels were higher in patients followed in hypertension centres ($n=10724$, 6.7%; $146.5 \pm 17.3/88.5 \pm 10.3$ mmHg) than in those followed by general practitioners ($n=148152$, 93.3%; $143.5 \pm 13.9/84.8 \pm 8.9$ mmHg; $P < 0.01$). More than half of the patients were treated ($n=91318$, 57.5%); among treated hypertensive patients, only 31727 (37.0%) had controlled BP levels.

CONCLUSION: The present analysis confirmed inadequate control of BP in Italy, independently of the clinical setting. Although some improvement was noted compared with a similar analysis performed between 1995 and 2005, these findings highlight the need for a more effective clinical management of hypertension.

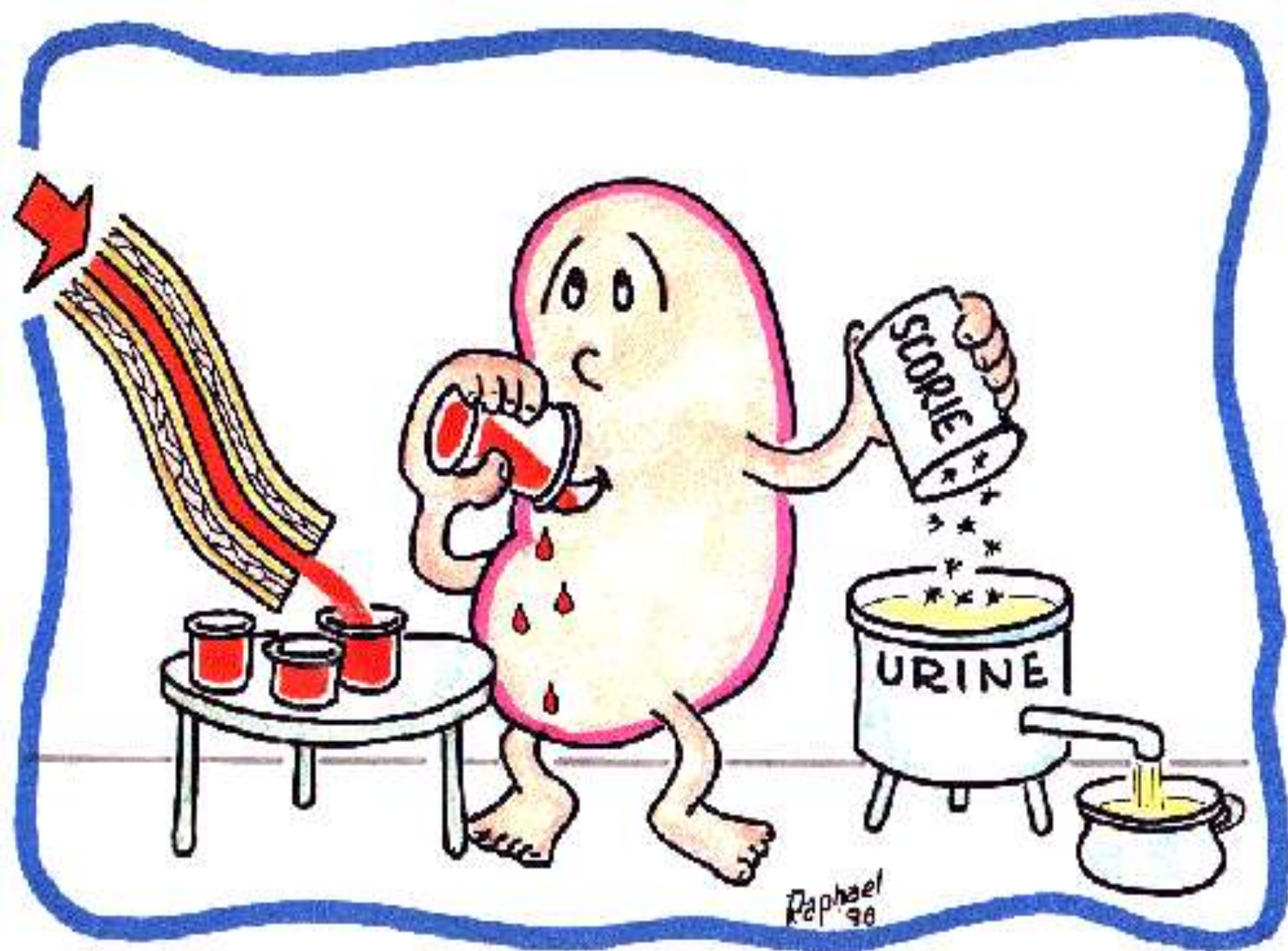
Principali fattori di rischio per la progressione della MRC

Fattori Modificabili:

- proteinuria
- ipertensione
- diabete
- fumo
- uso cronico di FANS, farmaci antineoplastici, antiangiogenetici, antivirali e nefrotossici in genere
- ostruzione del tratto urinario non trattata

Fattori NON modificabili:

- etnia nera o asiatica
- malattie cardiovascolari



Principali fattori di rischio per la progressione della MRC

Fattori Modificabili:

- proteinuria
- ipertensione
- diabete
- fumo
- uso cronico di FANS, farmaci antineoplastici, antiangiogenetici, antivirali e nefrotossici in genere
- ostruzione del tratto urinario non trattata

Fattori NON modificabili:

- etnia nera o asiatica
- malattie cardiovascolari

Terapia del dolore in Italia, ancora basso consumo di oppiacei rispetto ai Fans e difformità regionali di trattamento del paziente

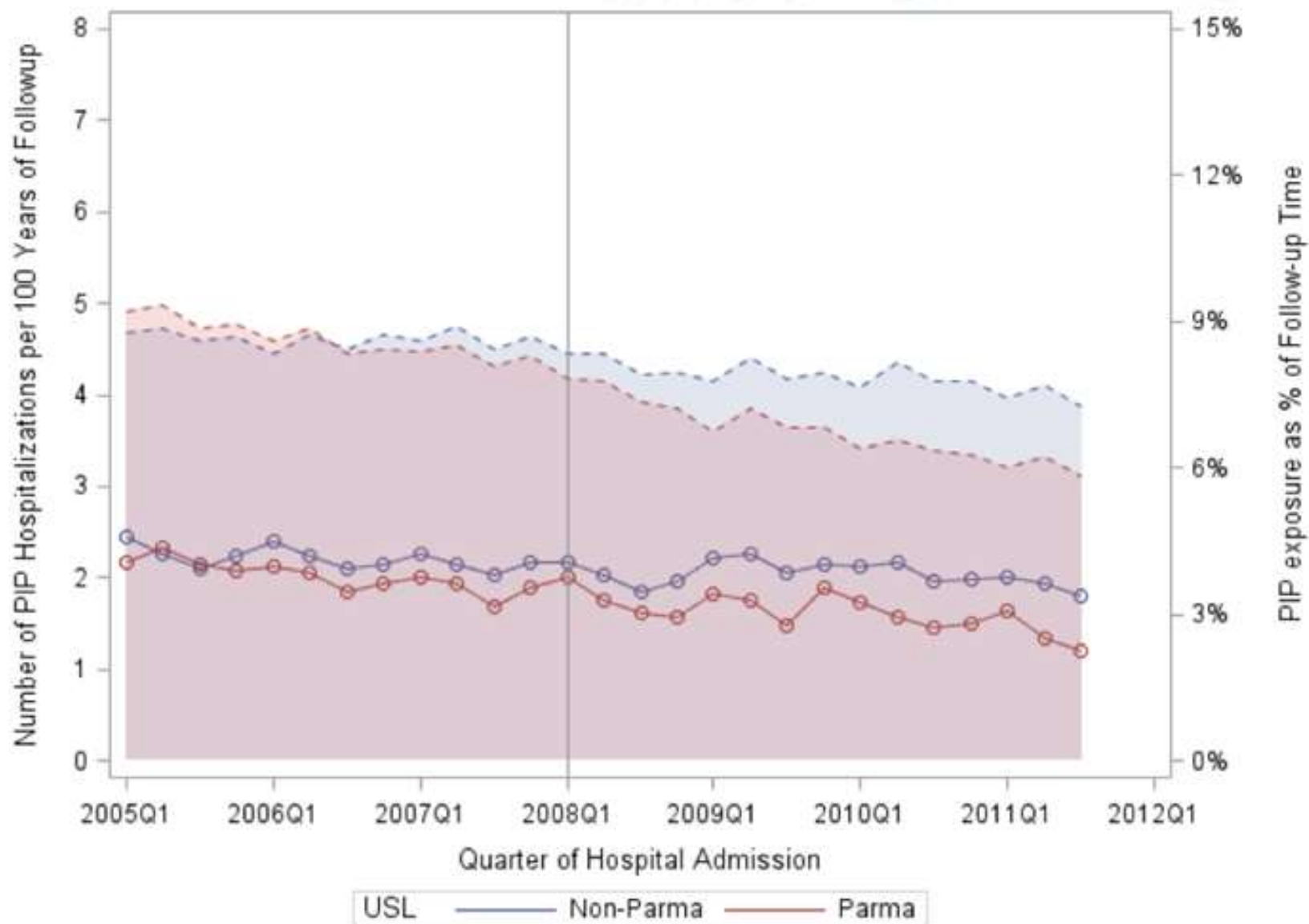
L'utilizzo dei farmaci per il dolore, soprattutto gli oppioidi, è ancora basso nel nostro Paese e bisogna ancora smontare dei dogmi che legano l'assunzione degli oppiacei alla dipendenza e al problema dell'astinenza. E' questo uno dei concetti chiave emersi oggi durante una conferenza stampa in cui è stato presentato il Decalogo sul dolore, reso possibile da un grant non condizionato di Grunenthal Italia. Il nostro Paese è stato il primo a dotarsi di una vera e propria legge, la legge 38 del 2010, per diffondere la cultura del trattamento del dolore nei pazienti che ne soffrono per varie patologie mediche o in seguito a traumi ed interventi chirurgici ma alcuni concetti vanno ribaditi.

16 Giugno 2016

**Prevenire per curare:
il Percorso Diagnostico-Terapeutico
della Malattia Renale Cronica (MRC) a Parma**

**Identificazione dei pazienti a rischio ed early referral al
nefrologo: il ruolo del Medico di Medicina Generale**

Stefano Del Canale
MMG AUSL PR



**PREVENIRE
PER CURARE:**

**IL PERCORSO
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO**

della **MALATTIA RENALE CRONICA**

***a* PARMIA**

**Identificazione dei pazienti a rischio ed early referral al nefrologo:
il ruolo del Medico di Medicina Generale**

**Stefano Del Canale
MMG AUSL PR**



