

La malaltia renal crònica (MRC) constitueix una patologia que en la seva evolució causa una gran discapacitat als pacients que la pateixen. En els últims estadis, el tractament passa per la diàlisi o el trasplantament. L'MRC es pot detectar de manera senzilla i els tractaments i controls dels estadis inicials que poden prevenir aquesta evolució (1,NICE) es duen a terme fonamentalment des de l'atenció primària.

Cribrem la malaltia renal crònica?

Tot i que hi ha múltiples causes possibles que poden produir un deteriorament de la funció renal, com per exemple l'edat, **el cribatge universal no està aconsellat**.

Les patologies que presenten un risc augmentat de presentar una MRC són la hipertensió arterial (HTA), la diabetis *mellitus* (DM), la malaltia cardiovascular (MCV) i altres malalties que s'acompanyen sovint d'afectació renal. El cribatge de l'MRC en aquests casos es fa mitjançant l'estimació del filtratge glomerular (FG) amb la fórmula CKD-EPI i la detecció d'albuminúria amb el quocient albúmina-creatinina (CAC) preferiblement en mostra d'orina primomatinal. La periodicitat del cribatge és anual, amb un grau de recomanació D (NICE, KDIGO).

A l'ICS es criba de forma anual, amb l'estimació de l'FG, el 69,7% de pacients amb risc augmentat d'MRC. Es porta a terme amb els dos paràmetres recomanats (FG i CAC) en el 33,5% dels casos. Si comparem aquestes dades amb un estudi de cohorts de Suècia, trobem que es realitzava cribatge amb FG i CAC cada dos anys en el 23% dels pacients de risc (2). Els resultats de l'ICS es mostren superiors als de Suècia.

Com diagnostiquem l'MRC?

Per poder fer el diagnòstic d'MRC, cal que es demostrï que les alteracions renals detectades es mantenen en el temps. En el cas de l'FG, la reducció observada s'ha de mantenir almenys tres mesos, i en el cas de l'albuminúria cal que sigui positiva almenys en dues ocasions (3clics, NICE,3). La confirmació del manteniment de les alteracions són importants per evitar el sobrediagnòstic, ja que, fins i tot amb el diagnòstic realitzat de forma correcta, un percentatge de pacients dins dels estadis inicials presenten una millora de la funció renal (4).

A l'ICS, al 58,7% dels pacients amb diagnòstic d'MRC se'ls ha confirmat l'alteració renal. Per poder-nos comparar amb altres països, hem calculat el percentatge d'MRC que s'ha diagnosticat amb un únic FG. A l'ICS aquest percentatge és del 26,4%, molt inferior al 38,2% que trobem a la cohort sueca (2).

Quin és l'impacte de l'MRC?

Comparació de prevalences amb diferents països

A la taula 1 es poden veure les prevalences d'MRC en diferents països.

Taula 1: prevalences d'MRC segons diferents estudis

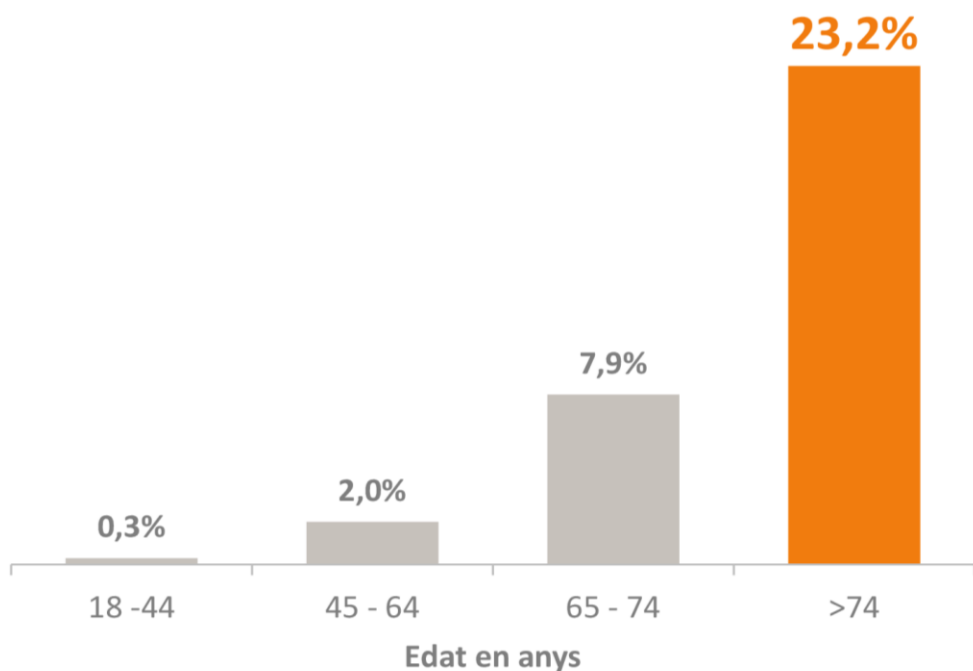
Estudi	Any	Població	Prevalença
NHS (Anglaterra)	2014-2015	>=18 anys	4,1%
ICS (Catalunya)	2016	>=18 anys	5,1%
Estocolm (Suècia) (2)	2006-2011	>=18 anys	6,1% (6,07%-6,16%)
Espanya (EPIRCE) (5)	2001	>=20 anys	6,8% (5,4%-8,2%)
Canadà (6)	2007-2009	>=18 anys	12,5% (10,3%-15,2%)

La prevalença de l'ICS és una prevalença intermèdia respecte de les observades a Anglaterra, segons dades de l'NHS i altres països europeus, i inferior a l'observada a la resta d'Espanya l'any 2001.

Prevalença d'MRC en funció de l'edat

La prevalença de l'MRC augmenta a mesura que augmenta l'edat ([figura 1](#)): és inferior a l'1% en la franja d'edat d'entre 18 i 44 anys (0,29%) i supera el 20% en els majors de 74 anys (23,2%).

Figura 1. Prevalença d'MRC per grup d'edat



Tanmateix, el significat que cal donar a un FG reduït en edats avançades (majors de 70 anys) està en constant discussió. Hi ha autors que consideren que la caiguda d'FG en les edats més avançades no es pot considerar MRC, sinó un procés propi de l'envelliment. Aquests autors promouen que cal una adaptació de la reducció de l'FG segons l'edat per identificar els pacients grans amb MRC (4).

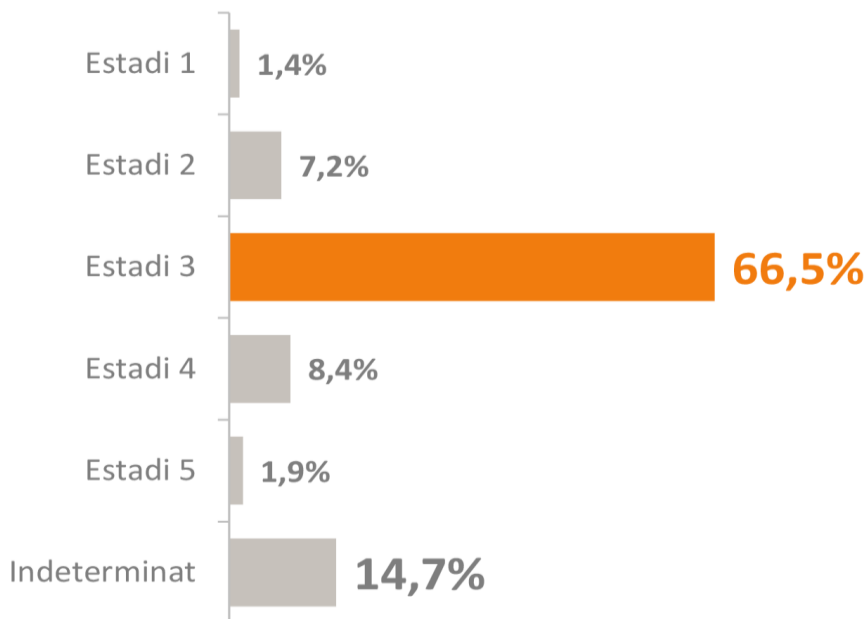
El principal predictor d'esdeveniments adversos i progressió de la malaltia és la coincidència d'FG reduït i presència d'albuminúria. Si tenim en compte aquestes dues característiques, la prevalença en majors de 74 anys passaria del 23,2% al 13,4%. Aquests són, probablement, els pacients que podríem considerar com afectes d'MRC i tributaris d'intervenció.

Distribució de l'estadiatge de l'MRC

A la [figura 2](#) es pot veure la distribució per estadis dels pacients amb MRC. L'estadiatge inclou tant el registrat pel professional com el que es pot calcular a partir dels resultats de l'anàlisi. En el 85,3% dels pacients amb diagnòstic d'MRC és possible establir l'estadi en què es troben. A la resta no se'ls pot establir perquè no consta a la història clínica l'FG en cap ocasió.

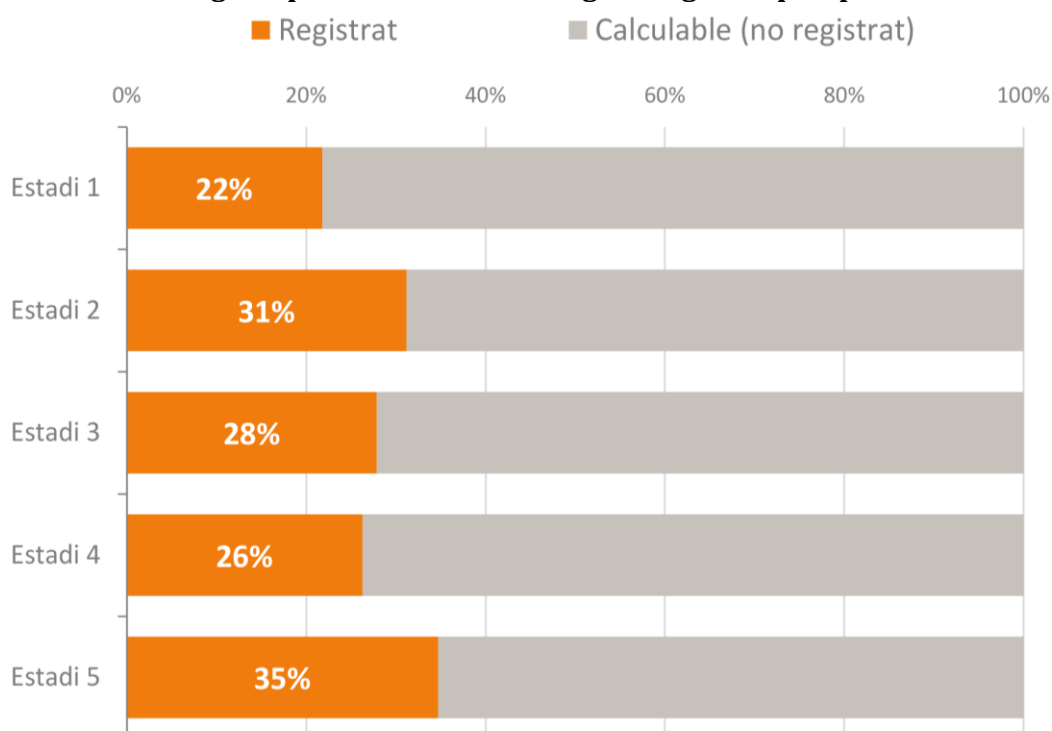


Figura 2. Distribució per estadiatge dels pacients amb MRC



L'estadiatge dels pacients amb MRC ens permet adequar millor les intervencions que cal dur a terme en cada cas i, per tant, ens ha semblat interessant veure el registre que se'n fa (figura 3). El 28% de pacients amb MRC tenen l'estadiatge enregistrat de forma codificada a la intel·ligència activa.

Figura 3. Percentatge de pacients amb estadiatge enregistrat pels professionals



Més de la meitat dels pacients que tenen enregistrat l'estadiatge d'MRC són tributaris de seguiment especialitzat i, per tant, és més necessari el registre de l'estadi.

Els pacients que presenten un alt risc de progressió són aquells que tenen un FG inferior a 45 ml/min i una microalbuminúria positiva (PHF,3). **A l'ICS, el 13,8% de pacients amb MRC presenten un alt risc de progressió.**

Idees clau

Es recomana amb un grau de recomanació D el cribratge anual de l'MRC en els pacients de risc (amb malaltia cardiovascular, HTA o diabetis mellitus). A l'ICS cribrem el 69,7% dels pacients de risc d'MRC.

La qualitat del diagnòstic de l'MRC a l'ICS és més alta que l'observada en altres estudis. Al 58,7% dels pacients diagnosticats d'MRC se'ls ha confirmat aquesta alteració de forma repetida.

Com era d'esperar, la prevalença de l'MRC augmenta a mesura que augmenta l'edat, i resulta el 23,2% en majors de 74 anys; però si considerem només els tributaris d'intervenció, la prevalença és d'un 13,4%.

L'estadiatge dels pacients amb MRC ens permet adequar millor les intervencions que cal realitzar en cada cas. A l'ICS, al 85,3% dels pacients amb diagnòstic d'MRC se'ls pot determinar l'estadiatge.

Els pacients que presenten un alt risc de progressió són aquells que tenen un FG inferior a 45 ml/min i una microalbuminúria positiva. A l'ICS, el 13,8% de pacients amb MRC presenten un alt risc de progressió.

Apunts metodològics

Data d'extracció de les dades: setembre de 2016

Disseny: estudi transversal

Àmbit: equips d'atenció primària de l'ICS

Font de dades: ECAP

Població assignada als equips d'atenció primària de l'ICS major de 18 anys (si no s'especifica el contrari)

Si cliqueu damunt l'enllaç podreu accedir a la definició: [malaltia cardiovascular](#), [HTA](#), [DM](#) tipus 1 i tipus 2, [FG](#) i [CAC](#), [MRC](#) (inclosa la nefropatia diabètica) i estadiatge, [diàlisi](#)

Hi han participat

Protocol conceptual: Mènci Benítez

Protocol tècnic: Mireia Fàbregas

Revisió del protocol: Manolo Medina, Francesc Fina, Laia Guix, Xavier Bayona, Ana Vall-llossera, Carolina Guiriguet, Ricard Riel, Oriol Rebagliato

Càlcul i presentació de resultats: Ermengol Coma

Revisió de l'informe: Mireia Fàbregas, Jaume del Pozo, Oriol Rebagliato, Ana Vall-llossera, Manolo Medina, Carolina Guiriguet, Laia Guix, Oscar Garcia, Xavier Baiona, Clara Pareja, David Lacasta

Coordinació: Mireia Fàbregas

Bibliografia

1. Fink HA, Ishani A, Taylor BC, Greer NL, MacDonald R, Rossini D, et al. Chronic Kidney Disease Stages 1–3: Screening, Monitoring, and Treatment. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012.
2. Gasparini A, Evans M, Coresh J, Grams ME, Norin O, Qureshi AR, et al. Prevalence and recognition of chronic kidney disease in Stockholm healthcare. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 13 octubre 2016; Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfw354>
3. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, Galcerán JM, Goicoechea M, et al. Spanish Society of Nephrology document on KDIGO guidelines for the assessment and treatment of chronic kidney disease. *Nefrologia*. 21 maig 2014;34(3):302-16.
4. Shardlow A, McIntyre NJ, Fluck RJ, McIntyre CW, Taal MW. Chronic Kidney Disease in Primary Care: Outcomes after Five Years in a Prospective Cohort Study. *PLoS Med*. setembre 2016;13(9):e1002128.
5. Otero A, de Francisco A, Gayoso P, García F, EPIRCE Study Group. Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. *Nefrologia*. 2010;30(1):78-86.
6. Arora P, Vasa P, Brenner D, Iglar K, McFarlane P, Morrison H, et al. Prevalence estimates of chronic kidney disease in Canada: results of a nationally representative survey. *CMAJ*. 11 juny 2013;185(9):E417-23.

Guies consultades

- ([NICE](#)) NICE Guidance. Chronic kidney disease in adults: assessment and management. Publicada el 2014. Consultada el novembre 2016.
- ([3clics](#)) Guia 3clics. Malaltia renal crònica. Publicada el 2012. Consultada el novembre de 2016.
- ([KDIGO](#)) KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Publicada el 2012. Consultada el novembre de 2016.
- ([PHF](#)) Pautes d'harmonització farmacoterapèutica PHF-APC. Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la malaltia renal crònica. N.02/2016.