

LA “FRAGILITA’ DEL FILTRATO” (GFR)

Spesso nei pazienti anziani o grandi anziani, lo stato ipertensivo e la malattia renale convivono, generando dei fenotipi complessi caratterizzati da:

- * Ipertensione elevata o refrattaria, con grande variabilità, possibile ritenzione idro-salina e rialzi notturni**
- * GFR già un pò ridotto e propenso a bruschi peggioramenti, precipitati da farmaci (eccesso di RAASi o diuretici) o situazioni cliniche particolari (GE, febbre elevata, disidratazione).**

In questi fenotipi vanno ricercate masse pulsanti/soffi ipogastrici e valutate eco aorta addominale ed ecocolordoppler renali

Iniziare antiaggreganti e statine appropriate se stenosi arteriose

Evitare metformina, FANS, EP, AB nefrotossici e MDC iodati

Inibizione del RAAS e disfunzione Renale (creatinina)
la relazione è espressa da una curva a J

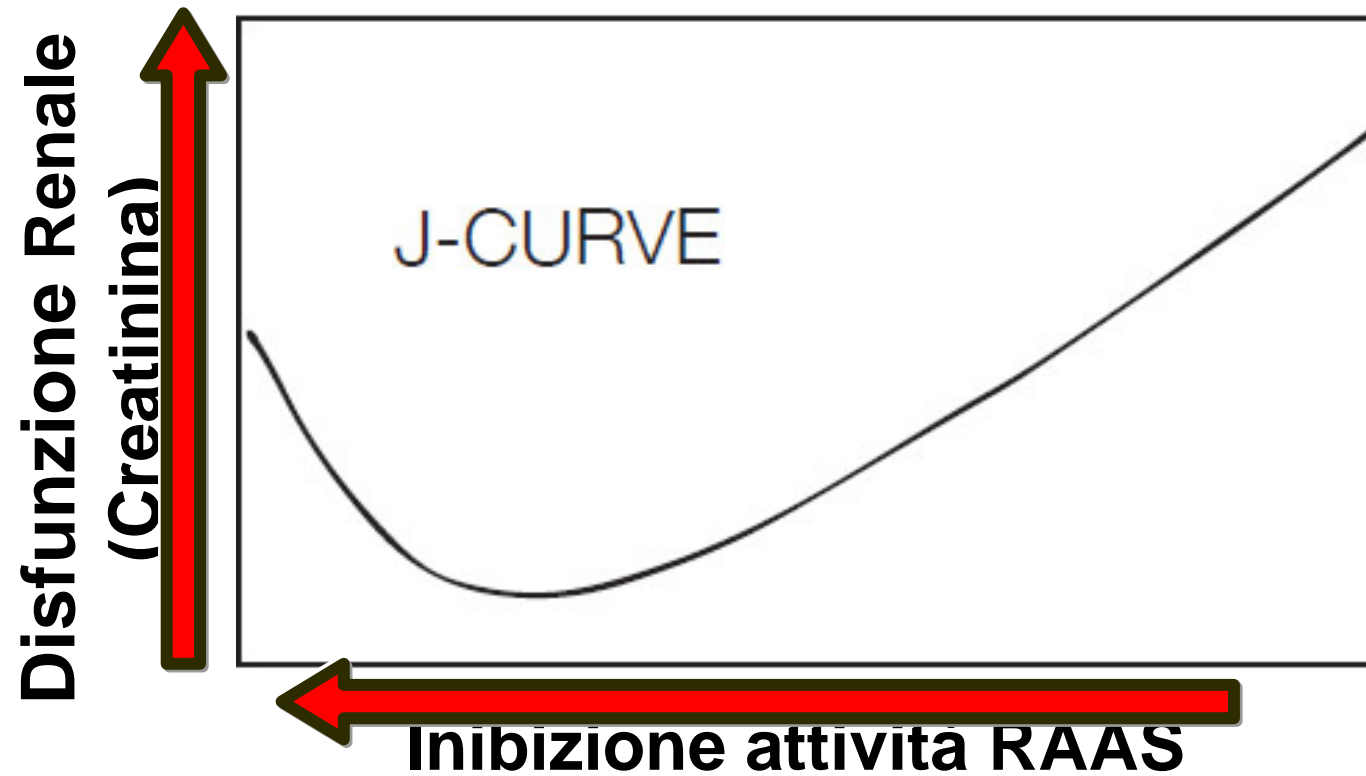


FIG 2

Insufficienza Renale Acuta (IRA) Etiologia

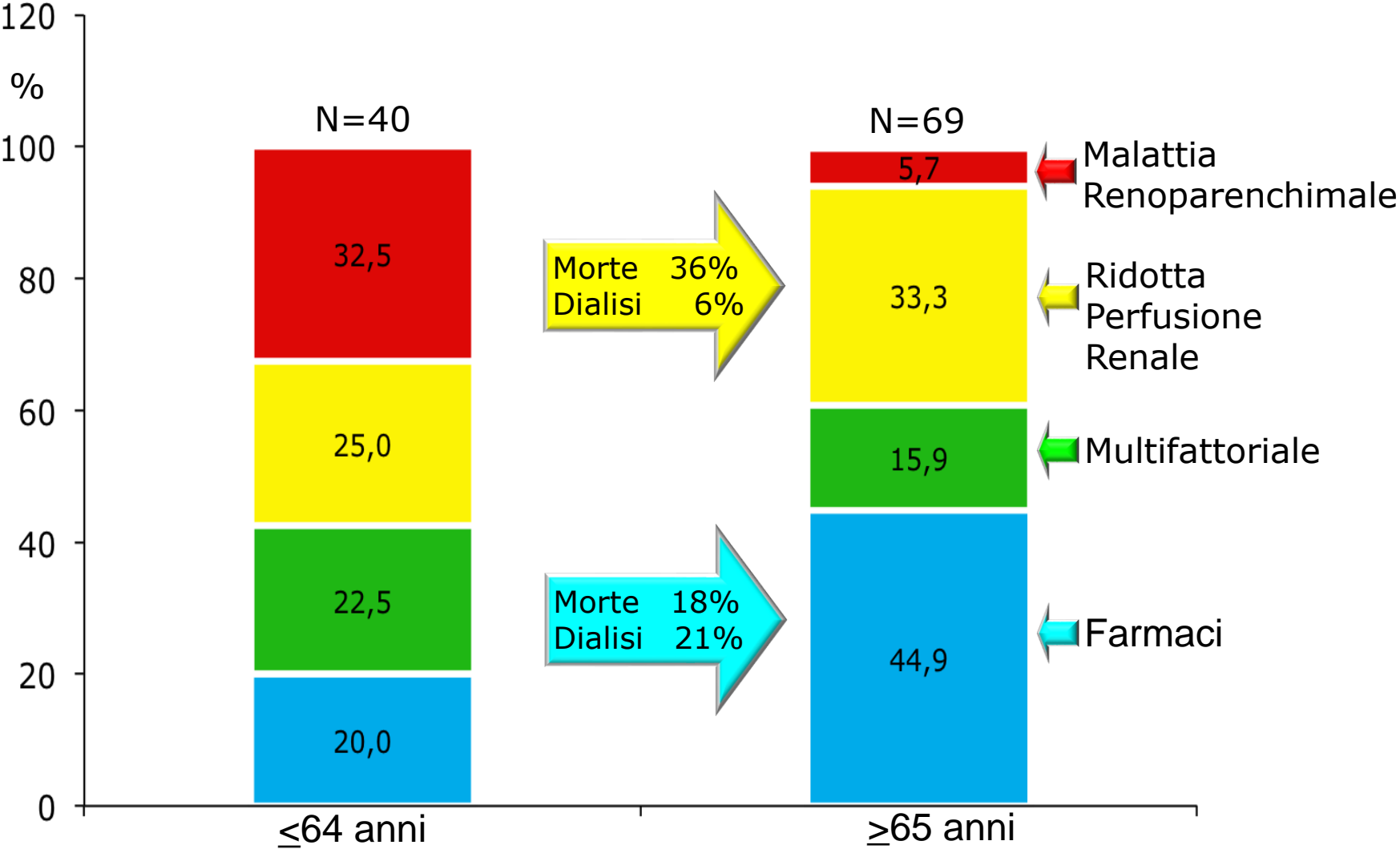


Fig 1

Farmaci da sorvegliare negli ipertesi/cardiometabolici con filtrato in riduzione

- **Anti-Aldosteronici:** pur molto efficaci, sono i più insidiosi sia per ridurre il GFR che per rischio di iperkaliemia (in associazione ad ACE o ARB). Riduzione dose con GFR 60 e Sospensione fra 40-45.
- **ACE e ARB:** titolati verso 60, dimezzati a 45, solo minidosi fra 30 e 45.
- **Tiazidici** (e similtiazidici: Indapamide/clortalidone): sostituire con Diuretici dell'Ansa sotto 45
- **Statine:** da titolare sotto 50, tranne Atorvastatina che non necessita riduzione
- **Metformina:** titolare verso 60 e sospendere prima di 45
- **NAO (DOAC):** titolazione per alcuni sotto 50 (ma >30). <20 considerare sospensione
- **Allopurinolo:** dimezzare sotto 50 e sospendere a 20.
-

“MEMENTO” riassuntivo

- Controllo peso corporeo. Ridurre progressivamente apporto sodio (non solo dietetico) e controllare apporto idrico (nè scarso né eccessivo)
- Attenzione a colpi di calore e Gastroenteriti acute (idratare subito e sospendere temporaneamente diuretici/ RAAS /metformina)
- Evitare FANS ed Estrogeni
- Negli ipertesi con GFR<30 monitoraggio domiciliare della PA (mattino/sera) e controlli periodici di ABPM 24h
- Controlli programmati di creatinina, azotemia, uricemia, emocromo, ALP, PTH,urine con microalbuminuria, Na/K/Cl/Ca
- Quando GFR <30 prescrivere Creatinina Clearance classica con raccolta urine 24h + ev. Urea-clearance
- Titolare le dosi dei farmaci attivi sul RAAS, riducendole in proporzione al GFR
- clonidina, alfa-metildopa, B-Bloccanti, doxazosina e calcioantagonisti non riducono il filtrato e sono utilizzabili
- I diuretici dell'ansa sono da preferire ai tiazidici avvicinandosi ai 40 di GFR
- Quando $K_{Tl} > 5$ evitare associazione di antialdosteronici con ACE o ARB ad alto dosaggio