

# RIUNIONE TUTOR DEL 15 APRILE 2022

Risposte alle domande poste dai discenti:

1) **Follow up nefrologico:**

dipende dallo stadio di malattia del paziente, proteinuria e tempo di modifica dello stadio stesso. Quindi secondo appuntamento ravvicinato dopo un primo riscontro del problema. Poi potrebbe essere sufficiente una volta l'anno con intervallo di controllo a 6 mesi dal curante MMG.

**Esempio: Stadio IV filtrato minore di 30** anche esami ogni mese con visita Nefrologica ogni 3 mesi

**Esempio: filtrato a 60** Inquadramento eziologico in partenza, problema cardiovascolare o problema diabetico o entrambi. Ogni problema aggiuntivo porta sempre più a necessità di supporto nefrologico specialistico.

**Segni e sintomi di peggioramento verso fase acuta:**

**nefrosica** Proteinuria edema

**nefritica** ipertensione improvvisa e analisi sedimenti

**forme nefro-vascolari:** valutare interessamento vascolare periferico

**AKI** segno clinico di difficile comparsa ad esempio aritmia o perdita improvvisa di coscienza.

Focus on, **monitoraggio parametri renali almeno una volta l'anno** per monitorare anche solo la fisiologica funzionalità renale.

Bicarbonati ha senso farli di base?

**Filtrato sempre, bicarbonati solo una prima volta e poi solo saltuariamente.**

**Fosfatasi alcalina e paratormone, idem come sopra una volta l'anno.**

**Quando Rocaltrol o normale Vitamina D.** Valutare insieme calcio fosforo paratormone Vit. D 25 oh.

Didrogyl prima opzione una volta superati i 30mg di vit D rifare il controllo e rivedere il Paratormone. Nella malattia renale di una certa importanza però il paratormone dovrebbe essere un po' più alto del normale (massimo 2 volte).

Didrogyl (mono idrossilato in 5) anche a 20-25 gtt la settimana se carenza importante. Somministrazione una volta la settimana.

Se paratormone ancora troppo elevato associare Rocaltrol (di-idrossilato in 5-25) 0.25 mg al dì

Se Iperparatiroidismo terziario. Ghiandola iperstimolata durante la malattia renale diventa un adenoma. Calcio alto e Fosforo più o meno nella norma. In questo caso si usa Calcio mimetico (Mimpara con PT)

**Potassio:** problema solo se superiore a 5,5 o 5,8 valore che tendenzialmente va controllato sempre perché soggetto a rapidi cambiamenti e insieme controllare i bicarbonati che non siano bassi, per escludere acidosi metabolica come causa di iperkaliemia.

I pazienti cronici tollerano molto le iperpotassiemie, meno le ipopotassiemie (inf 3,6)

**Sodio:** valutare lo stato mentale obnubilato come possibile primo segnale di iponatremia significativa ed improvvisa.

Attenzione con Litio e antidepressivi. I diuretici dell'ansa generano minor iponatremia rispetto a tiazidici e indapamide

**Dieta ipoproteica:** competenza nefrologica. Punto e basta.

È contemplata con un filtrato uguale od inferiore a 25 e poi di competenza di dietista specializzata su indicazione centro nefrologico. In linea di massima le proteine più nobili (per il Rene, non x gli ematologi) sono quelle vegetali (danno meno acidosi e stimolano meno la iperfiltrazione glomerulare)

Ruolo diverso della dieta se parliamo di un obeso con problemi renali in cui la perdita di peso è da perseguire per migliorare anche il quadro renale.

**Carico di Sodio: restringere sempre e comunque in qualsiasi situazione.**

Contenitore urine 24 ore: qualsiasi va bene.

Unico contenitore speciale: ossalati e citrati urinari da prendere in laboratorio.

**Situazioni edemigene, Scompenso congestizio,** ecc: usare Furosemide ad alte dosi fino a 500 1/2x2 in paziente con danno renale. Il paziente nefropatico e cardiopatico presenta diuresi maggiore durante notte: caricare pertanto il diuretico al mattino e a metà pomeriggio

Dove possibile aiutarsi con Antialdosteronico 25 mg a giorni alterni.

**Allopurinolo:** attenzione alla disidratazione come parametro alterante la misurazione dell'uricemia

**Trattare solo se superiore ad 8** ad esempio 150 a giorni alterni.

**Integratori utili per recidive di calcoli alcalini o acidi:** valutare il PH urinario per trovare se conferma necessità alcalinizzante (bicarbonato di Na) o acidificante (acydif)

**Quando ridurre l'acqua:** si basa su peso corporeo del mattino e la quantità urine, valutando la presenza o meno di sovraccarico idrico. **Attenzione sempre però al sale** che è molto più potente dell'acqua stessa (se la tira dietro)