

## JUSTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE CONSENSO

En la actualidad, se dispone de varias guías promovidas por varias sociedades científicas u organismos en las que se exponen los últimos posicionamientos con respecto al manejo de la anemia en el paciente con insuficiencia renal y déficit de hierro.

Estas guías, a nuestro modo de ver, son **muy generalistas y no siempre dan respuesta a las necesidades de los pacientes en diálisis peritoneal**. De aquí el interés de promover desde el **Grup de Diàlisi Peritoneal de Catalunya i Balears** una guía de consenso, que creemos **se adapta mejor al perfil del paciente en diálisis peritoneal**.

## RESUMEN DE LOS OBJETIVOS A ALCANZAR según consenso Grup de Diàlisi Peritoneal de Catalunya i Balears

- **Evitar ferritinas** inferiores a 100 ng/mL
- **Nivel óptimo de ferritina** entre 200-500 ng/mL
- **Evitar TSA** inferiores al 20%
- **Niveles óptimos de TSA** 20%-30%
- **Niveles de hemoglobina** en ningún caso superiores a 13 mg/dL
- En enfermo joven sin patología que lo contraindique se considera como objetivo una **Hb** entre 11 -13 mg/dL

## VENTAJAS DEL USO DEL HIERRO CARBOXIMALTOSA

- 1 Eficacia y seguridad** para alcanzar los **niveles adecuados de depósito de hierro**
- 2 Adecuada biodisponibilidad**
- 3 No efectos negativos** sobre la biología de la **membrana peritoneal**
- 4 Se reduce** la dosis necesaria de **agentes estimulantes de la eritropoyesis**
- 5 Reducción de la variabilidad** de los niveles de hemoglobina y de depósitos de hierro
- 6 Administración segura**
- 7 Excelente tolerabilidad**
- 8 Evita efectos indeseables** de los suplementos de hierro oral como el estreñimiento, que puede favorecer la migración del catéter de diálisis peritoneal
- 9 Reduce el número de visitas**
- 10 Recomendado** su uso en los casos de **anemia e insuficiencia cardíaca** (Guías ESC)

### BIBLIOGRAFÍA

1. Francesco Locatelli, Adrian Covic, Kai-Uwe Eckardt, Andrzej Wiecek and Raymond Vanholder on behalf of the ERA-EDTA ERBP Advisory Board. Anaemia management in patients with chronic kidney disease: a position statement by the Anaemia Working Group of European Renal Best Practice (ERBP). Nephrol Dial Transplant (2009) 24: 348-354 doi: 10.1093/ndt/gfn653. 2. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease Kidney International Supplements (2012) 2, 279; doi:10.1038/kisup.2012.37. 3. KDIGO Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease. Am J Kidney Dis. 2006 May;47(5 Suppl 3). 4. KDIGO Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease: 2007 UPDATE of hemoglobin target. Am J Kidney Dis. 2007 Sep; 50(3):471-530

# Optimización del TRATAMIENTO CON HIERRO en los pacientes con diálisis peritoneal

## GUÍA DE CONSENSO



Grup de Diàlisi Peritoneal  
de Catalunya i Balears

Julio 2017

## GUÍAS ACTUALES

### ERBP

Anaemia management in patients with chronic kidney disease: a position statement by the Anaemia working group of ERBP (2008)

### KDOQI

Anaemia in CKD (2006 y 2007)

### KDIGO

Clinical practice guideline for anaemia in Chronic Kidney Disease (2012)

## TABLA RESUMEN DE LAS GUÍAS ACTUALES

### INICIO TRATAMIENTO

Guía/parámetro	ERBP	KDOQI	KDIGO
<b>Hb</b>	10g/dl	10g/dl	10g/dl
<b>Ferritina</b>	<200ng/ml sin EPO <300ng/ml con EPO		<500
<b>IST</b>	<25% sin EPO <30% con EPO		<30%

### OBJETIVO TRATAMIENTO

Guía/parámetro	ERBP	KDOQI	KDIGO
<b>Hb</b>	>10-12g/dl	11g/dl	11,5g/dl
<b>Ferritina</b>	500ng/ml		500
<b>IST</b>	30%		30%

## UMBRAL DE FERRITINA

	Nice guideline 2015 <sup>1</sup>	KDIGO 2012 <sup>2</sup>	European Renal Best Practice (ERBP) Position Paper 2013 <sup>3</sup>			
	Todos los pacientes con ERC	Todos los pacientes con ERC	Pacientes con ECR con ESA, sin hierro y con un incremento deseado de Hb sin incrementar la terapia con ESA		ERC sin terapia de hierro ni ESA	
800	No exceder > 800 µg/L	No se recomienda el uso rutinario de hierro si la ferritina > 500 µg/L o TSAT > 30%	Todos los pacientes con ERC	ERC-5: Incremento de Hb sin	CKD ND: Hb increase desired without	Todos los pacientes con ERC
500	Revise las dosis de hierro cuando los niveles de ferritina sérica alcancen 500 µg/L	Umbral de ferritina ≤ 500 µg/L y TSAT ≤ 30%	Precaución de exceder 500 µg/L is TSAT > 30%	No exceder 500 µg/L is TSAT > 30%		
300						
200						
100	Ferritina 100 µg/L y TSAT < 20% (a menos que la ferritina > 800 µg/L)		Umbral < 300 µg/L	Ferritina < 300 µg/L y TSAT < 25%	Ferritina < 200 µg/L y TSAT < 25%	Ferritina 100 µg/L y TSAT < 20%

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 39, 2015. 2. KDIGO, Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kid Int Suppl* 2012.;:283-287. 3. Locatelli F. et al. *Nephrol Dial Transplant* 2013;28: 1346-1359.

## CONSENSO PROPUESTO

### VISITA 1 ENFERMERÍA UNIDAD DIÁLISIS PERITONEAL

7-10 días antes de la visita médica

- ✓ **Extracción de sangre** para analítica general y adecuación de diálisis
- ✓ **Recogida de orina y efluente peritoneal**
- ✓ **Frotis nasal y del orificio** de inserción del catéter
- ✓ **Evaluación de la composición corporal**, mediante bioimpedanciometría

### VISITA 2 MÉDICO

conjuntamente con enfermería

- ✓ **Visita médica comentando con el paciente incidentes** desde la última vez así como los resultados de la analítica, frotis y de los distintos parámetros de adecuación
- ✓ **Ajuste de pauta** de diálisis y tratamiento farmacológico
- ✓ **Insistir en pautas dietéticas** de acuerdo a resultados analíticos y de composición corporal

- ✓ Si se detecta déficit de hierro en la misma visita **se administra 500 mg de hierro carboximaltosa**