

QUÉ HACER EN EL ABORDAJE DE LA ERC

- **Determinar el CAC en el cribado y diagnóstico de ERC.**
- **Registrar el diagnóstico y estadio de la ERC.**
- **Hacer un manejo integral de la ERC.**
- **Utilizar metformina asociada a iSGLT2 como tratamiento farmacológico en primera línea de la DM2 en la ERC. (FG > 30 mL/min/1,73 m²)**
- **No interrumpir el tratamiento con iSGLT2 tras la caída reversible del FG al inicio del tratamiento.**
- **Revisar toda la medicación del paciente:**
 - Suspender AINES y FIBRATOS (más frecuentes).
 - Ajustar fármacos al FG (sobre todo antibióticos).
 - No pautar fármacos si no está en ficha técnica.
 - Suspender iSGLT2 ante deterioro brusco e irreversible, descartando otras causas.
 - Reducir y/o suspender IECA/ARAII si hay empeoramiento brusco al inicio o aumento de dosis, y en las situaciones del siguiente punto.
- **Descartar y, en lo posible, corregir situaciones que impidan el buen funcionamiento renal:**
 - Depleción
 - Insuficiencia cardíaca aguda o descompensada
 - Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida o bloqueada.
- **Comprobar exploraciones radiológicas con contraste recientes** respetando el protocolo hospitalario de nefro protección.
- **Preguntar y explorar la posibilidad de patología obstructiva (hombres añosos y/o mujeres con antecedentes de patología prostática o patología oncológica ginecológica, respectivamente).**

CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR



Se realizarán las pruebas pertinentes para establecer las medidas necesarias que permitan controlar:

Presión arterial

Glucemia

Dislipemia

Obesidad

Estos factores son los más relevantes en la ERC, si bien, es oportuno considerar también éstos: proteinuria persistente, tabaquismo, acidosis metabólica, antecedentes de FRA, nefrotoxicidad, insuficiencia cardíaca, obstrucción del tracto urinario y raza negra o asiática

Se recomendarán **cambios en el estilo de vida** y las estrategias de control de **adaptarán a cada paciente**. De manera general:

HTA

PA < 140/90 mmHg, utilizando automedida en domicilio

- Si tolera, PA < 130/80 mmHg, en pacientes con CAC > 30, sobre todo si CAC > 300 mg/g.
- Evitar PA < 120 mmHg en edad avanzada, hipotensión ortostática o neuropatía autonómica.

GLUCEMIA

Si, FG > 30 mL/min/1,73 m² se utiliza HbA1c; de lo contrario realizar monitorización continua de la glucosa.

DISLIPEMIA

Reducción del LDLc basal. Los niveles sugeridos son:

- Si ERC – G3, LDLc ~ 70 mg/dL.
- Si ERC – G4 o G5 no diálisis, LDLc ~ 55 mg/dL.
- Uso de fibratos solo si TG > 1000 mg/dL para evitar riesgo de pancreatitis.

OBESIDAD

Reducir IMC < 35 Kg/m².

ACRÓNIMOS

CAC: cociente albúmina-creatinina; **ACV:** accidente cerebrovascular; **AINES:** antiinflamatorios no esteroideos; **ARA II:** antagonistas de los receptores de la angiotensina 2; **AR-GLP1:** Agonistas del GLP-1; **DM:** diabetes mellitus; **ERC:** enfermedad renal crónica; **FG:** filtrado glomerular; **FR:** factores de riesgo; **FRCV:** factores de riesgo cardiovascular; **FRA:** fracaso renal agudo; **Hb:** hemoglobina; **HbA1c:** hemoglobina glicosilada; **LDLc:** colesterol de alta densidad; **HTA:** hipertensión arterial; **IAM:** infarto agudo de miocardio; **IDDP-4:** inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4; **IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; **IMC:** índice de masa corporal; **INP:** interconsulta no presencial; **iSGLT2:** inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; **ISRAA:** inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona; **LDLc:** colesterol de baja densidad; **PA:** presión arterial; **SRAA:** sistema renina-angiotensina-aldosterona; **TG:** Triglicéridos.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA MEJORAR LA PREVENCIÓN Y EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ERC EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD



¿CÓMO SE DEFINE LA ERC?

La ERC es la presencia durante al menos 3 meses de:

- **FG inferior a 60 mL/min/1,73 m².**
- **O lesión renal.**

La lesión renal se identifica a través de alteraciones histológicas en biopsia renal, o por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario o a través de técnicas de imagen.



Para diagnosticar y clasificar la ERC se debe determinar siempre el FG y el CAC.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Este protocolo aplica a todo paciente con FR de la ERC que acuda a consulta de AP por cualquier causa y a pacientes con parámetros de cribado de la ERC elevados durante al menos tres meses, pero sin diagnóstico en la HCE.

1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE RIESGO

Los principales FR son:



Edad > 60 años

Hipertensión Arterial

Diabetes Mellitus tipo 2

Enfermedad cardiovascular establecida

entendido como IAM, arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica, ictus o ACV.

Estos factores son los más prevalentes en AP, si bien, es oportuno ampliar el cribado ante: FRCV, obesidad, DM1, pacientes en tratamiento prolongado con nefrotóxicos, familiares de primer grado con ERC u otras enfermedades renales hereditarias, antecedentes de FRA u otras condiciones que pueden estar asociadas a ERC como neoplasias, infecciones crónicas, etc.

2 SOLICITUD DE PRUEBAS PARA EL CRIBADO



Siempre se deberán solicitar las determinaciones del FG y CAC

Ante cualquier paciente de riesgo se deberán solicitar las siguientes pruebas:



Analítica de sangre que incluya la concentración sérica de creatinina para la estimación del FG.

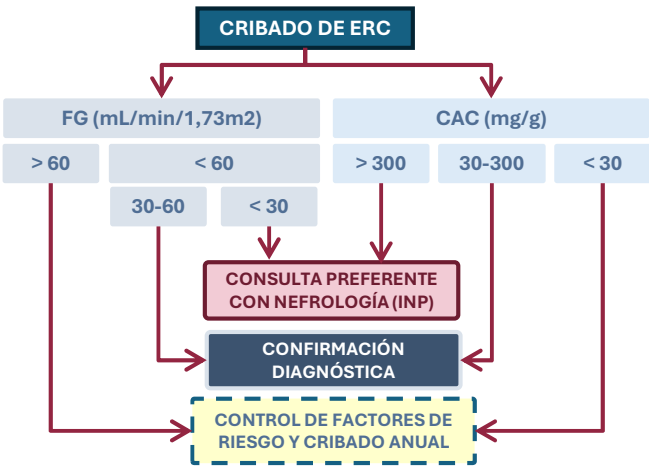


Analítica de orina que incluya la medición de albuminuria idealmente en la primera orina de la mañana.

3 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Previo a la toma de decisiones sobre los resultados obtenidos en las pruebas se debe descartar y, en la medida de lo posible, corregir cualquier situación que pueda alterar la función renal.

Tras descartar factores exógenos, se interpretarán los resultados de acuerdo con este esquema:



4 CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

Se deben repetir las determinaciones de FG y CAC en un periodo no superior a 3 meses



Si los parámetros se normalizan, se debe establecer un cribado anual y control de FR.



Si los parámetros persisten o progresan se confirma la ERC.



El CAC deberá confirmarse mediante la obtención de 2 valores elevados en 3 muestras obtenidas en un periodo de 3 a 6 meses.

5 REGISTRO, ESTADIAJE Y PRONÓSTICO

Una vez confirmada la ERC, se realizará el estadiaje y estimación pronóstica de acuerdo con la tabla de la derecha.

Pronóstico de la ERC y albuminuria: KDIGO 2024			Categorías por albuminuria persistente (mg/g)		
			A1	A2	A3
			<30	30-300	>300
Categorías por FG (mL/min/1,73m²)	G1	>90	Cribar 1	Tratar 1	Tratar 3
	G2	60-89	Cribar 1	Tratar 1	Tratar 3
	G3a	45-59	Tratar 1	Tratar 2	Tratar 3
	G3b	30-44	Tratar 2	Tratar 3	Tratar 3
	G4	15-29	Tratar 3	Tratar 3	Tratar 4+
G5	<15		Tratar 4+	Tratar 4+	Tratar 4+

Los colores indican el riesgo ajustado, de riesgo bajo (verde) a riesgo muy alto (rojo), para: mortalidad global y cardiovascular, fracaso renal tratado con diálisis o trasplante, FRA y progresión de la ERC. Los números se refieren a visitas de seguimiento por año.

Los detalles relacionados con el diagnóstico y la estadificación deben ser registrados en la HCE de forma visible.

6 SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN EN AP

- ☒ Cese o ajuste de tratamientos nefrotóxicos.
- ☒ Control óptimo de FRCV (ver reverso).
- ☒ Hemograma, concentración de urea, sodio, potasio, calcio, fosfato, albúmina y urato.
- ☒ Determinación de FG y CAC
- ☒ Análisis del sedimento urinario

7 ESTRATEGIA DE INTERCONSULTAS

Se consultarán con el Servicio de Nefrología aquellos casos que requieran de actuaciones específicas para mejorar la situación clínica del paciente que no puedan llevarse a cabo desde AP.

La comunicación con el Servicio de Nefrología y previo a la derivación se priorizará SIEMPRE la interconsulta (preferiblemente por INP).