

# Detección temprana e intervención en atención primaria



La ERC está infradiagnosticada e infratratada en la comunidad<sup>1</sup>

La detección temprana, la estratificación del riesgo y el tratamiento pueden reducir las tasas de morbilidad y mortalidad por ERC y sus complicaciones relacionadas, como la ECV<sup>2</sup>

## Paso 1 Identificar a las personas en riesgo

**Principales factores de riesgo clínico para la ERC:**

- Hipertensión
- Diabetes
- ECV
- Antecedentes familiares de ERC

**Considerar otros factores:**

- Enfermedad sistémica que afecta a los riñones (p. ej., LES)
- Obesidad
- Factores de riesgo genéticos (p. ej., PQRAD)
- Exposiciones ambientales a nefrotóxicas
- Datos demográficos: edad avanzada, raza/etnia
- Antecedentes de lesión renal aguda (LRA)

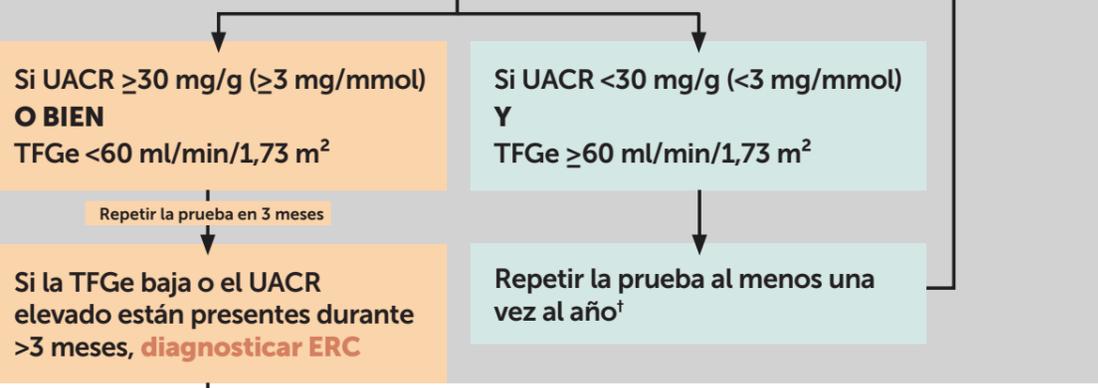
## Paso 2 Hacer pruebas a adultos de riesgo alto para detectar ERC (no en toda la población)

**Evaluar la función renal: TFGe**

- Tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) calculada en función de la creatinina sérica y/o cistatina C

**Evaluar la lesión renal: albuminuria**

- Cociente albumina/creatinina en orina (UACR) o tira reactiva\* (si el UACR no está disponible)



## Paso 3 Diagnosticar ERC

Si la TFGe baja o el UACR elevado están presentes durante >3 meses, **diagnosticar ERC**

Repetir la prueba en 3 meses

Repetir la prueba al menos una vez al año<sup>†</sup>

## Paso 4 Estratificar y tratar (ver también Tabla 1)

**Categorías de riesgo para la progresión de la ERC, morbilidad y mortalidad; frecuencia de monitorización (número de revisiones al año entre paréntesis); y consulta de nefrología<sup>3</sup>**

		Categorías de albuminuria			Riesgo bajo Enfermedad estable O SIN ERC en ausencia de otros marcadores de lesión renal. <sup>†</sup> Requiere mediciones una vez al año o antes en caso de nuevos síntomas / factores de riesgo.
		A1 <30 mg/g <3 mg/mmol	A2 30–299 mg/g 3–29 mg/mmol	A3 ≥300 mg/g ≥30 mg/mmol	
Categorías de TFGe (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) Descripción e intervalo	≥90 G1	Monitorizar (1)	Tratar (1)	Tratar y consultar (3)	Riesgo moderadamente aumentado Precisa mediciones al menos una vez al año
	60–89 G2	Monitorizar (1)	Tratar (1)	Tratar y consultar (3)	
	45–59 G3a	Tratar (1)	Tratar (2)	Tratar y consultar (3)	Riesgo muy alto Tratar de acuerdo con un nefrólogo
	30–44 G3b	Tratar (2)	Tratar y consultar (3)	Tratar y consultar (3)	
	15–29 G4	Tratar y consultar (3)	Tratar y consultar (3)	Tratar y consultar (4+)	
	<15 G5	Tratar y consultar (4+)	Tratar y consultar (4+)	Tratar y consultar (4+)	

Adaptado de de Boer et al. 2022<sup>3</sup>

## Paso 5 Consulta de nefrología

Tomar medidas en función de las categorías de riesgo de progresión de la ERC, morbilidad y mortalidad, y frecuencia de monitorización (ver más arriba).

Los médicos de atención primaria deben consultar a un nefrólogo al iniciar el tratamiento; algunos pacientes pueden estar bajo la atención directa de un nefrólogo si está indicado (ver Tabla 3).

**Tabla 1. Tratar para frenar la progresión de la ERC, reducir el riesgo de mortalidad y tratar las comorbilidades**

Modificación del estilo de vida	
Dejar de fumar; hacer ejercicio con regularidad; dieta equilibrada (evitar la ingesta excesiva de proteínas y alimentos procesados, limitar la ingesta de sodio <2 g/día)	
Tratamiento médico	
Tratar la diabetes, la hipertensión y la ECV: Optimizar la presión arterial y el control glucémico	Garantizar el tratamiento médico basado en las directrices para frenar la progresión de la ERC y reducir el riesgo de ECV: dosis máximas toleradas de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)/bloqueadores del receptor de angiotensina II (BRA), inhibidores de cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2), antagonistas de los receptores de mineralocorticoides (ARM) <b>no esteroideos</b> con beneficios demostrados en ensayos clínicos de resultados renales y cardiovasculares para la DM2; también considerar el <b>tratamiento hipolipemiante (estatinas)</b> y/o el <b>tratamiento con antiagregantes plaquetarios</b> (para pacientes con ERC en riesgo de acontecimientos ateroscleróticos)
Consideraciones	
Ajustar la posología de los medicamentos en función de la TFGe; tener precaución al recetar analgésicos, antimicrobianos, antidiabéticos, quimioterápicos o anticoagulantes; evitar nefrotóxicos (p. ej., AINE) y algunos medios de contraste	

**Tabla 2. Monitorizar la progresión de la ERC y las comorbilidades**

Progresión de la ERC y comorbilidades	Qué monitorizar
Monitorización de la ERC	TFGe, UACR, análisis de orina (sedimento urinario)
ECV y dislipemia	Presión arterial, estratificación del riesgo cardiovascular, estado lipídico
Diabetes	Glucemia, HbA1c

Identificar las complicaciones de la ERC: anemia, trastornos óseos y minerales, acidosis metabólica, etc.

**Tabla 3. Consideraciones adicionales para la consulta de nefrología**

- Disminución progresiva inexplicable de la TFGe ≥5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> durante 12 meses o disminución brusca de la TFGe durante días o semanas
- Albuminuria/proteinuria o hematuria significativa inexplicable
- Hiperpotasemia persistente, hipertensión resistente (definida como hipertensión no controlada con tres fármacos antihipertensivos, incluido un diurético), cálculos renales recurrentes o enfermedades renales hereditarias (p. ej., PQRAD)
- Otras complicaciones identificadas (anemia, trastornos minerales y óseos, acidosis metabólica, etc.)

La consulta con un nefrólogo puede servir para identificar otras causas tratables o para desarrollar un plan de tratamiento. Aunque algunos pacientes pueden seguir recibiendo seguimiento en nefrología, la mayoría volverá a la atención primaria.

Considere utilizar otras guías KDIGO: KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. [https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO\\_2012\\_CKD\\_GL.pdf](https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf); KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/10/KDIGO-2022-Clinical-Practice-Guideline-for-Diabetes-Management-in-CKD.pdf>; KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-2021-BP-GL.pdf>; KDIGO Clinical Practice Guideline for Lipid Management in Chronic Kidney Disease <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO-2013-Lipids-Guideline-English.pdf>

**Notas al pie**  
 \* Si se detecta albuminuria con tira reactiva, utilice UACR para la cuantificación de la excreción de albúmina en orina. <sup>†</sup>Repetición de la prueba basada en la evaluación individual del paciente, al menos una vez al año. <sup>‡</sup>Alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones electrolíticas debidas a trastornos tubulares, alteraciones histológicas renales, alteraciones estructurales detectadas mediante estudios de imagen (p. ej., riñones poliquísticos, nefropatía por reflujo) o antecedentes de trasplante renal.  
**Abreviaturas**  
 AINEs: antiinflamatorios no esteroideo; BRA: bloqueadores del receptor de angiotensina II; ARM: antagonistas de los receptores de mineralocorticoides; DM2: diabetes tipo 2; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; G se refiere a la categoría de TFG; HbA1c: hemoglobina glicosilada; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; KDIGO: Enfermedad renal: Mejora de los resultados globales (Kidney Disease: Improving Global Outcomes); LES: lupus eritematoso sistémico; LRA: lesión renal aguda; PQRAD: poliquistosis renal autosómica dominante; SGLT2: cotransportador sodio-glucosa tipo 2; TFGe: tasa de filtración glomerular estimada; UACR: cociente albúmina/creatinina en orina.  
**Bibliografía**  
 1. Sundström J et al. *Lancet Reg Health Eur* 2022; 20: 100438.  
 2. Shlipak MG et al. *Kidney Int* 2021; 99 (1): 34–47.  
 3. Adapted from de Boer IH et al. *AADA/KDIGO Consensus Report: Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Diabetes Care* 2022; In press by Adapted from de Boer IH et al. *Kidney International* (2022); <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2018/03/ADA-KDIGO-Consensus-Report-Diabetes-CKD-KI-2022.pdf>.  
 El Grupo Europeo de Diabetes en Atención Primaria (PCDE, Primary Care Diabetes Europe) respalda y apoya el documento clínico breve para atención primaria sobre la identificación y la intervención tempranas en ERC.  
 Este material ha sido encargado y financiado por AstraZeneca.