

Detección temprana e intervención en atención primaria



La ERC está infradiagnosticada e infratratada en la comunidad¹

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 ECV²

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 nefrotoxinas
- Datos demográficos: edad avanzada, raza/etnia
- Antecedentes de lesión renal aguda (LRA)

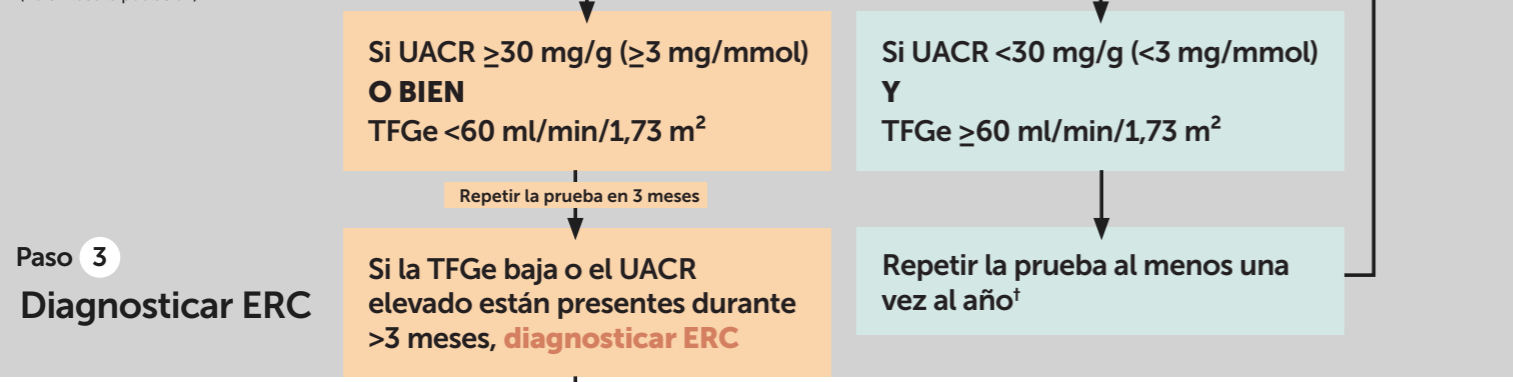
Paso 2
Hacer pruebas a adultos de riesgo alto para detectar ERC
(no en toda la población)

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

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 nefrología³

		Categorías de albuminuria			Riesgo bajo Enfermedad estable O SIN ERC en ausencia de otros marcadores de lesión renal. ¹ 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 ²) 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. 2022³

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) no esteroideos con beneficios demostrados en ensayos clínicos de resultados renales y cardiovasculares para la DM2; también considerar el tratamiento hipolipemiante (estatinas) y/o el tratamiento con antiagregantes plaquetarios (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 m² 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; 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. ¹Repetición de la prueba basada en la evaluación individual del paciente, al menos una vez al año. ²Alteraciones 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.