

Casos clínicos:

Abordaje de la ERC en AP

Criterios de derivación AP-Nefrología

Juan Manuel Buades Fuster

Jefe de servicio Nefrología.

Hospital universitario de Son Llàtzer

Anna Ribas

Médico Atención Primaria

CS Sant Jordi

Javier Rezola Gamboa

Médico Atención Primaria

CS Teresa Piqué

Isabel García Méndez

Jefa de servicio Nefrología

Hospital universitario de Son Espases

Tomás Rodríguez Ruiz

Médico Atención Primaria

CS Son Ferriol

Escarlata Angullo Martínez

Médico Atención Primaria

CS Escola Graduada





Antonia, Mujer de 75 años



Hipertensión arterial
Dispepsia



Valsartan/hidroclorotiazida 160/12,5 mg/d
Omeprazol 20 mg/d

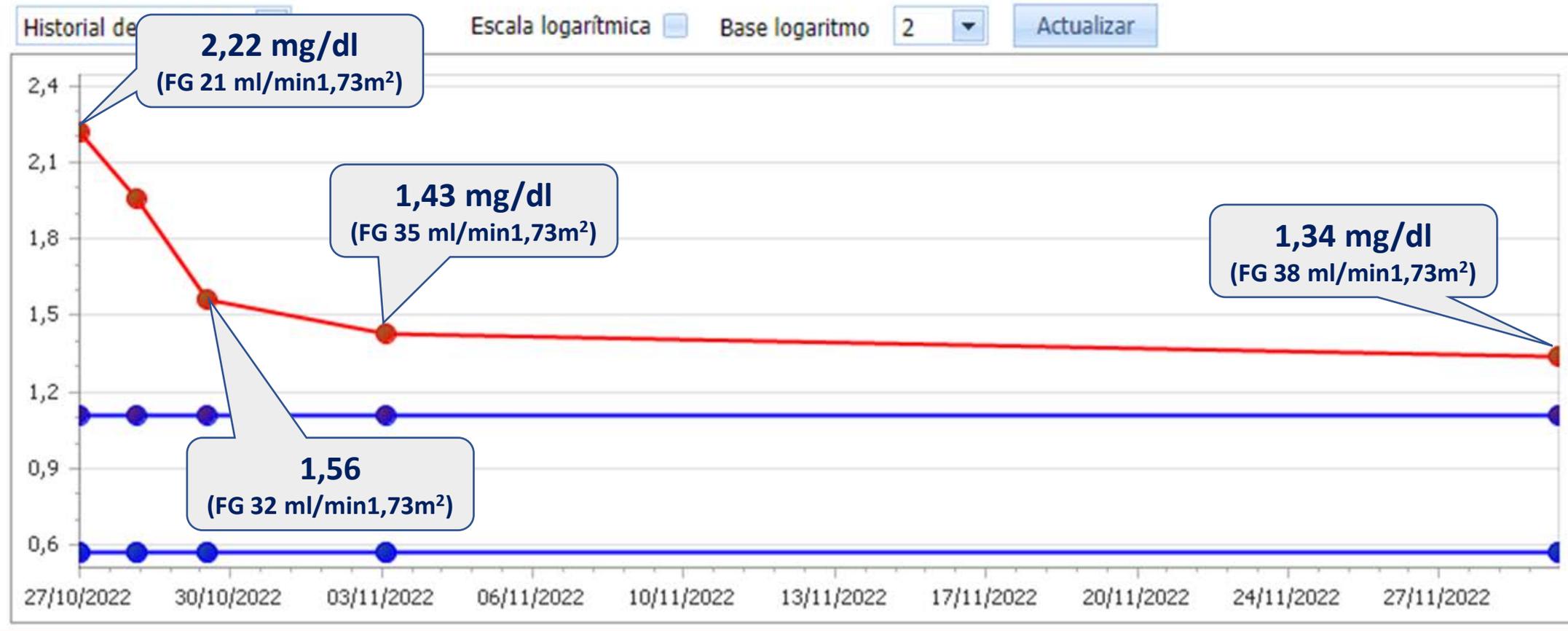
Usuaria de sanidad privada.

Valorada en urgencias por deshidratación e ITU.

Presentó creatinina de 2,2 mg/dl que mejoró con sueroterapia y antibiótico.

Se realiza un control de función renal al mes en su CS y se deriva a nefrología.





¿Tiene una Enfermedad renal crónica?

A

Seguramente sí, pero es demasiado pronto para determinar su estadio

B

Sí, presenta una ERC G3b

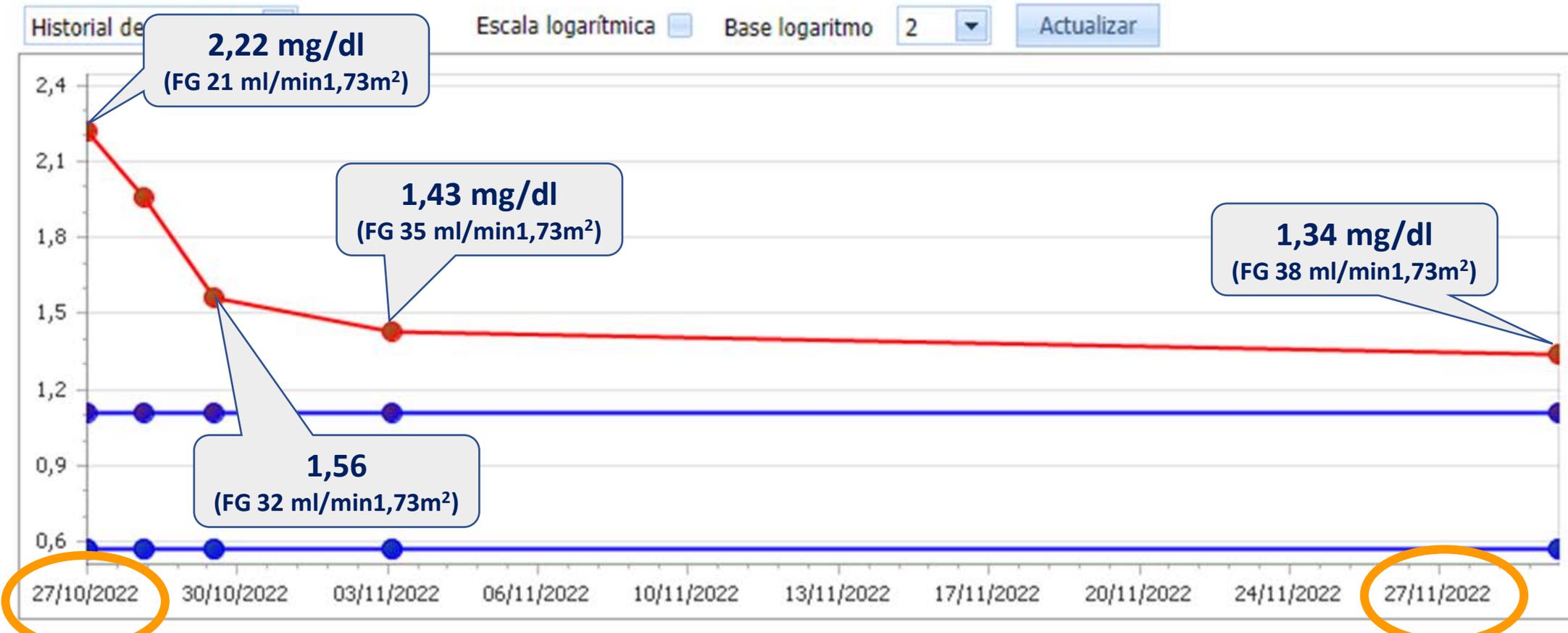
C

Sí, presenta una ERC G4

D

Sí, presenta una ERC G5





1 mes



¿Tiene una Enfermedad renal crónica?

- A** Seguramente sí, pero es demasiado pronto para determinar su estadio
- B** Sí, presenta una ERC G3b
- C** Sí, presenta una ERC G4
- D** Sí, presenta una ERC G5



¿Derivarías a esta paciente?

A

No, porque no tiene complicaciones asociadas a la ERC

B

No, porque todavía no está correctamente diagnosticada

C

Sí, porque independientemente del estadio de ERC
tiene una progresión rápida

D

¿Pero no estaba ya derivada?



¿Derivarías a esta paciente?

A

No, porque no tiene complicaciones asociadas a la ERC

B

No, porque todavía no está correctamente diagnosticada

C

Sí, porque independientemente del estadio de ERC
tiene una progresión rápida

D

¿Pero no estaba ya derivada?



Causas de agudización

- Depleción de volumen
- Situaciones de inestabilidad hemodinámica
- AINEs
- COXIBs
- Antibióticos nefrotóxicos
- Contrastes radiológicos
- IECA/ARA-II en determinadas condiciones hemodinámicas
- Infección urinaria
- Uropatía obstructiva

Factores de progresión

- Hipertensión arterial
- Proteinuria
- Etiología y estadio de la ERC
- Obesidad
- Fibrilación auricular
- Hiperglucemia, mal control metabólico
- Edad
- Sexo varón
- Raza negra
- Tabaco
- Enfermedad cardiovascular previa
- Exposición a agentes nefrotóxicos

V Jornadas de la ERC para Atención Primaria



Progresión de la ERC

Enlentecimiento de la función renal normal: descenso de 0,7-1 mL/min/1,73 m²/año a partir de los 40 años.

- **Definición:**

- Descenso **sostenido** del FGe > 5 mL/min/1,73 m² por año o por el cambio de categoría, siempre que este se acompañe de una pérdida de FG ≥ 5 mL/min/1,73 m² (descartados criterios de deterioros funcionales y agudos de la función renal).

- **Descenso significativo:**

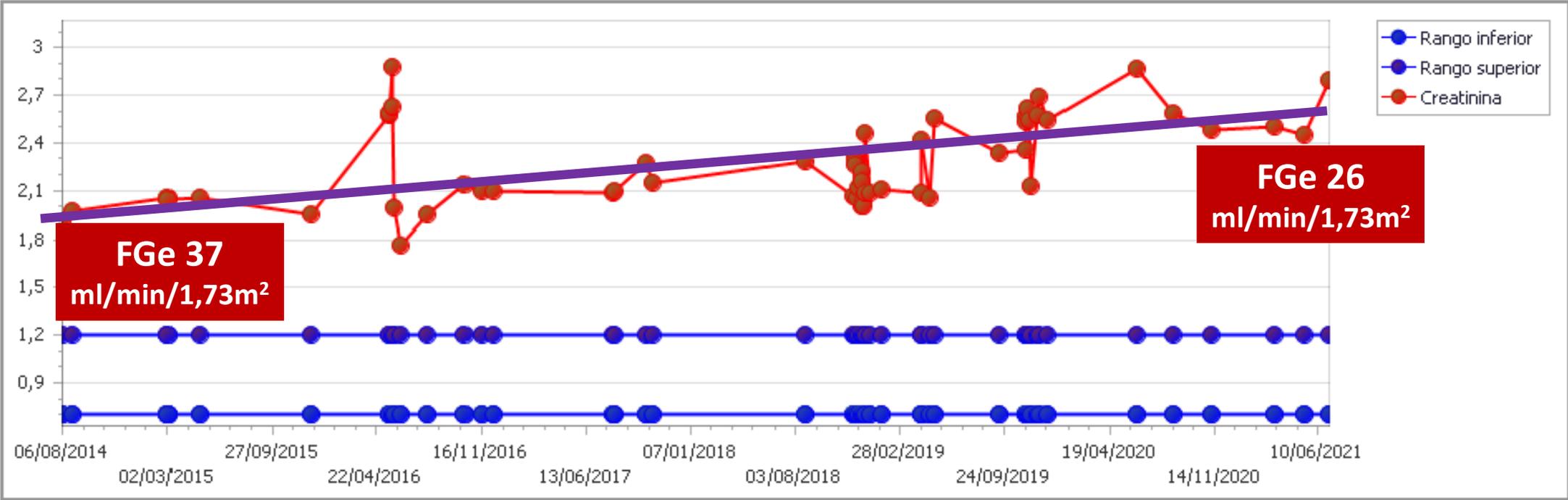
- Descenso de categoría que se acompaña de un descenso del 25% del FGe y/o incremento de > 50% en el CAC respecto a la situación basal.

- **Progresión rápida:**

- Descenso sostenido del FGe >15 ml/min/1,73 m² por año.



La evaluación de la progresión se facilita con un mayor número de determinaciones y un tiempo prolongado de seguimiento.



¿Qué harías con esta paciente?

A

Anamnesis, exploración física y analítica en 1 mes con HG, función renal, sedimento, CAC, ionograma, PTH y Vit D

B

Anamnesis, exploración física y analítica en 3 meses con HG, función renal, sedimento, CAC, ionograma, PTH y Vit D

C

Anamnesis, exploración física y analítica en 6 meses con HG, función renal, sedimento, CAC, ionograma, PTH y Vit D

D

Como la han derivado a nefrología, ya le pedirán allí lo que necesiten para valorarla



Seguimiento de la ERC en AP

Estadio ERC	FGe (ml/min/1,73 m ²)	Estadio de albuminuria		
		A1 (< 30 mg/g)	A2 (30-300 mg/g)	A3 (proteinuria) (> 300 mg/g)
1	> 90	No ERC a no ser de presentar hematuria, alteraciones en la imagen o en la anatomía patológica		
2	60-89			
3a	45-59		*	
3b	30-44			
4	15-29			
5	< 15			

■ Remisión a Nefrología.

■ Control por Atención Primaria.

■ *Control por Atención Primaria monitorizando con mayor frecuencia (cada 3-6 meses). Remitir a Nefrología si presentan progresión en la albuminuria en dos controles consecutivos o cociente albúmina/creatinina cercano a 300 mg/g o si FGe entre 30-45 ml/min/1.73 m² en < 70 años.

Nefrología. 2022;42:233-64



¿Qué harías con esta paciente?

A

Anamnesis, exploración física y analítica en 1 mes con HG, función renal, sedimento, CAC, ionograma, PTH y Vit D

B

Anamnesis, exploración física y analítica en 3 meses con HG, función renal, sedimento, CAC, ionograma, PTH y Vit D

C

Anamnesis, exploración física y analítica en 6 meses con HG, función renal, sedimento, CAC, ionograma, PTH y Vit D

D

Como la han derivado a nefrología, ya le pedirán allí lo que necesiten para valorarla

