

# PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO PARA LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

## RESUMEN



### OBJETIVOS POR NIVEL ASISTENCIAL SEGÚN ESTADIO Y PROGRESIÓN DEL PACIENTE CON ERC

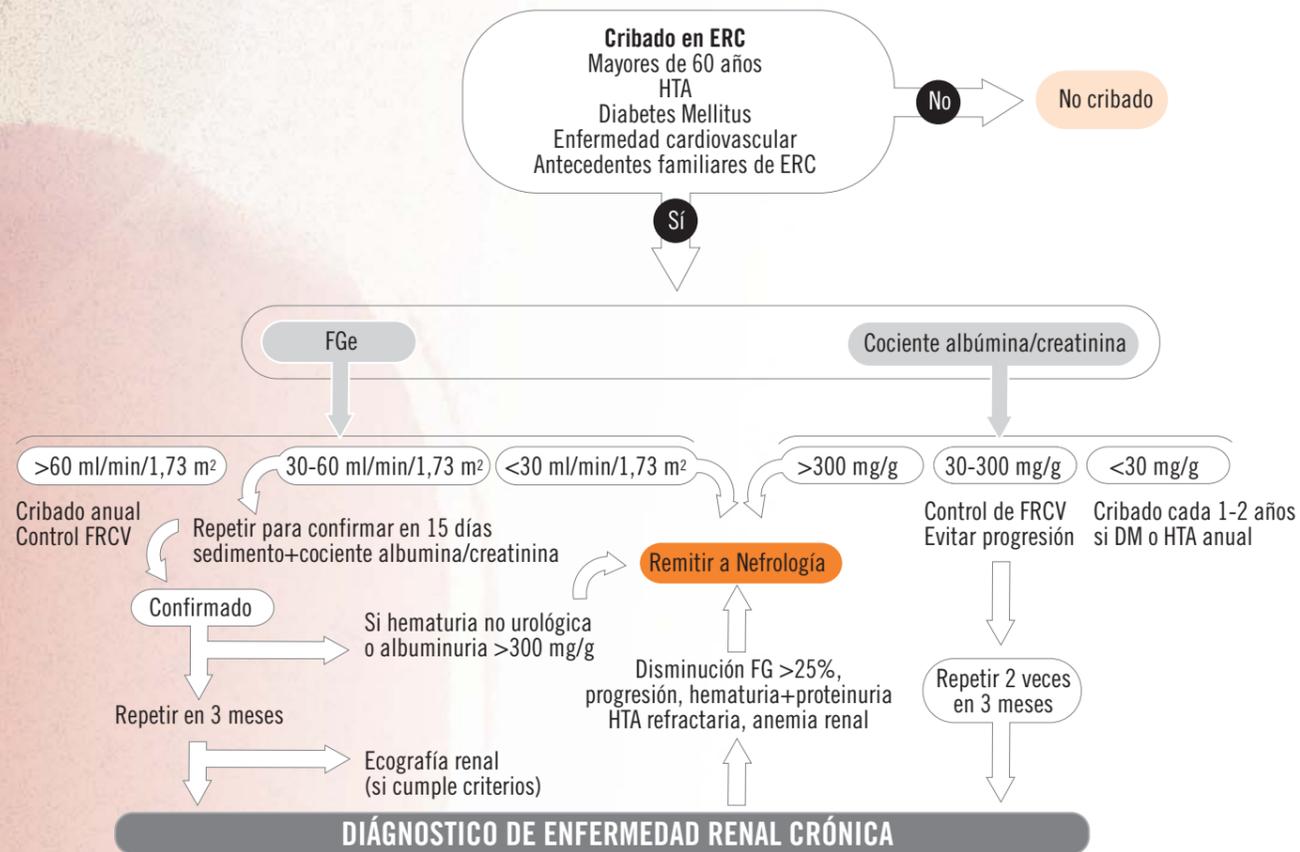
ESTADIO ERC	ACTITUD TRAS DIAGNÓSTICO INICIAL	VALORAR SI PROGRESIÓN		OBJETIVOS PARA EL SEGUIMIENTO POR NIVEL ASISTENCIAL	
		NO	Sí*	ATENCIÓN PRIMARIA	NEFROLOGÍA
<b>ESTADIO 1-2</b> FGe > 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> y/o presencia de marcadores de daño renal	Repetir marcadores en 1 mes (FGe; CAC en orina; sedimento de orina).  Realizar/confirmar etiología de ERC.	Control marcadores: 6 meses. Interconsulta Nefrología: normal (para realizar/confirmar etiología ERC).	Control marcadores: 6 meses. Interconsulta Nefrología: normal (para realizar/confirmar etiología ERC).	Identificar FR de ERC. Detectar progresión de ERC: • Deterioro FGe. • Aumento excreción urinaria de albúmina o proteinuria. Controlar FRCV asociados.	Valorar enfermedades renales subsidiarias de tratamiento específico: • Glomerulonefritis primarias o secundaria. • Nefropatía isquémica. • Detectar progresión de ERC.
<b>ESTADIO 3a</b> FGe: 45-59 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>		Control marcadores: 3-6 meses. Interconsulta Nefrología: NO, excepto para realizar/confirmar etiología ERC.	Control marcadores: 2-4 meses. Interconsulta Nefrología: preferente.	Detectar progresión de ERC. Controlar FRCV asociados. Ajuste de fármacos según el FGe. Revisión de fármacos nefrotóxicos (p. ej. Antiinflamatorios no esteroideo). Educación terapéutica. Plan de cuidados. Vacunar frente a neumococo, gripe y VHB. Detectar complicaciones de la ERC: • Anemia. • Trastornos electrolíticos.	Valorar enfermedades renales subsidiarias de tratamiento específico. Controlar FRCV asociados. Evaluar y tratar complicaciones de la ERC: • Alteraciones del metabolismo óseo-mineral (Ca, P, PTH, vitamina D). • Anemia. • Trastornos electrolíticos.
<b>ESTADIO 3b</b> FGe: 30-44 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>		Control marcadores: 2-4 meses. Interconsulta Nefrología: preferente.	Control marcadores: 2-4 meses. Interconsulta Nefrología: urgente.	Ajuste de fármacos según el FGe. Revisión de fármacos nefrotóxicos (p. ej. AINE). Educación terapéutica. Plan de cuidados. Detectar complicaciones de la ERC: • Anemia. • Trastornos electrolíticos.	Preparar para el TSFR si procede. Informar en profundidad y con claridad al paciente de las diferentes opciones de tratamiento sustitutivo renal: hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal anticipado con donante vivo, trasplante renal de donante fallecido. Organizar tratamiento paliativo si no procede TSFR. Evaluar y tratar complicaciones de la ERC: • Alteraciones del metabolismo óseo-mineral (Ca, P, PTH, vitamina D). • Anemia. • Trastornos electrolíticos. • Acidosis.
<b>ESTADIO 4</b> FGe: 15-29 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>		Control marcadores: 2-4 meses. Interconsulta Nefrología: preferente.	Control marcadores: 2-4 meses. Interconsulta Nefrología: urgente.	Tratamiento conservador. Tratamiento paliativo.	Evaluar y tratar complicaciones de la ERC: • Alteraciones del metabolismo óseo-mineral (Ca, P, PTH, vitamina D). • Anemia. • Trastornos electrolíticos. • Acidosis.
<b>ESTADIO 5</b> FGe < 15 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>		Interconsulta Nefrología Urgente (se valorarán el resto de comorbilidades para decidir la indicación de Terapia Sustitutiva o Conservadora)			

Los colores muestran los tipos de interconsulta al servicio de Nefrología:

- NO interconsulta
- interconsulta normal
- interconsulta preferente
- interconsulta urgente

#### \*SE CONSIDERA PROGRESIÓN CUANDO CUMPLE UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS

- Progresión a una categoría superior o más grave deterioro de la función renal (estadio 1-5) o de albuminuria (< 30, 30-299, > 300 mg/g).
- Descenso del FGe > 5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>/año o > 10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en cinco años.
- Cuando sobre el valor basal o previo se observa un descenso del FGe ≥ 25% o incremento del CAC ≥ 50%.
- Hematuria no urológica persistente con proteinuria.



## DEFINICIÓN DE ERC

- **Filtrado Glomerular estimado (FGe) < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.**
- **Lesión renal**, que se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal o indirectamente por la presencia de **albuminuria**, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo o a través de técnicas de imagen.

Como la mayor parte de las causas de la ERC son también **factores de riesgo cardiovascular**, realizar un diagnóstico precoz de la ERC y corregir estos factores tiene un efecto positivo doble: prevenir la pérdida de la función renal y evitar las complicaciones vasculares. El tratamiento debe basarse en el control estricto de estos FR con lo que se procura evitar la **progresión** de la enfermedad.

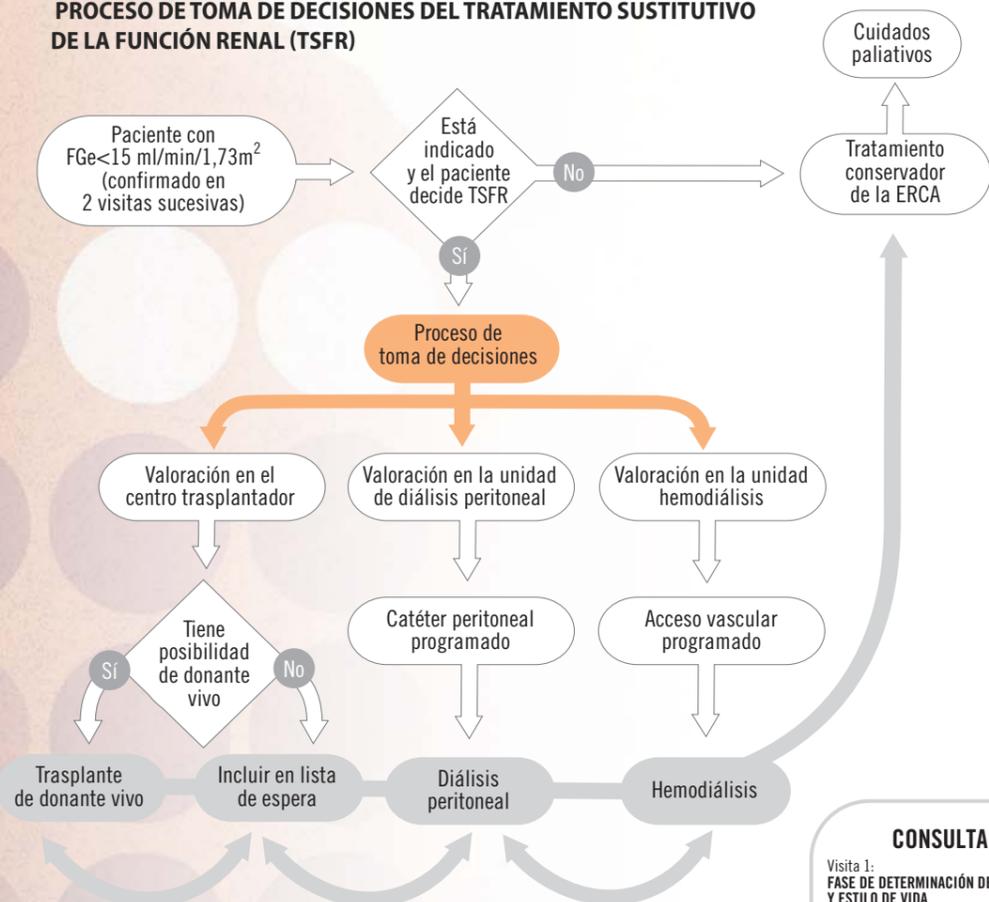
KDIGO 2012 Filtrado Glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )			Albuminuria. Categorías, descripción y rangos		
			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			<30 mg/g	30-300 mg/g	>300 mg/g
G1	Normal o elevado	≥90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera o moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Ligera o gravemente disminuido	30-44			
G4	gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	<15			

## CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SEGÚN LAS GUÍAS KDIGO 2012

Los colores muestran el riesgo relativo ajustado para cinco eventos (mortalidad global, mortalidad cardiovascular, fracaso renal tratado con diálisis o trasplante, fracaso renal agudo y progresión de la enfermedad renal).

● bajo riesgo ● riesgo moderadamente aumentado ● alto riesgo ● muy alto riesgo.

## PROCESO DE TOMA DE DECISIONES DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL (TSFR)

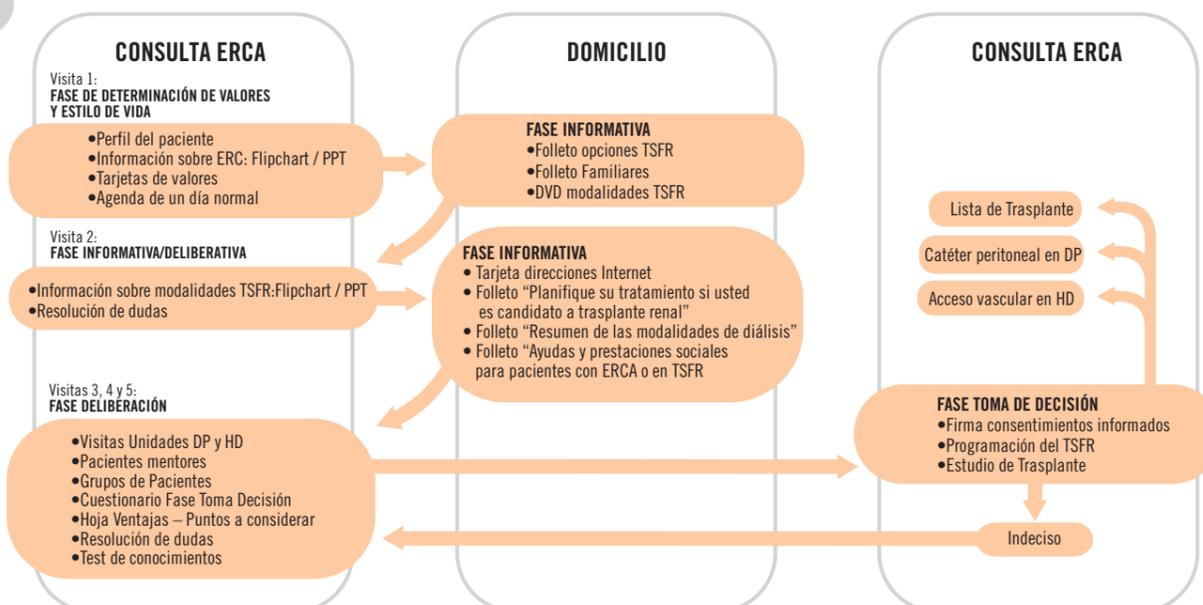


## CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON ERC

La atención al paciente con ERC implica una estrecha **coordinación y colaboración** entre el equipo de AP y el servicio de Nefrología. **Continuidad** y coordinación de **cuidados** mejoran los resultados y la satisfacción del paciente con ERC.

No se debería iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis sin haber hecho previamente una adecuada **toma de decisiones** en la que participen el paciente, la familia y el médico (Recomendación de NO HACER de la Sociedad Española de Nefrología).

## PROCESO DE EDUCACION EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL TSFR



DOCUMENTO DISPONIBLE EN:  
<https://www.saludcastillayleon.es/intranet/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-grs/enfermedad-renal-chronica>

### BIBLIOGRAFÍA:

- Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad y Dirección General de Calidad y Dirección General de Salud Pública. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2105.
- Martínez-Castelao A, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la Enfermedad Renal Crónica. Nefrología 2014; 34 (2): 243-62).