



## Criterios de derivación a Nefrología

- Deterioro agudo de la función renal o descenso del FG > 5 ml/min/1,73m<sup>2</sup> al año, comprobado en dos determinaciones.
- Habría que tener en cuenta siempre ausencia de causas hemodinámicas (situaciones prerrenales, exceso de diuréticos, inicio de iSRAA o iSGLT2) u obstructivas (patología prostática en hombres)
- FG <30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (grados 4 y 5) No habría indicación de derivación en mayores de 80 años sin datos de progresión renal (albuminuria < 300mg/g o filtrado glomerular estable en el último año)
- Microhematuria no justificada por otras causas. Sedimento > 20 hematias/campo, sobre todo si hay cilindros hemáticos.
- HTA resistente (no controlada por la combinación de 3 antihipertensivos)
- Anemia en enfermedad renal crónica con Hb <10 g/dl a pesar de corregir ferropenia (IST >20% y ferritina > 100 mg/ml)
- Alteraciones persistentes del potasio sérico (K >6 mEq/l o <3,5 mEq/l)
- Enfermedad renal hereditaria

\*\*\*Sería recomendable derivar con ecografía renal realizada.



## Objetivos específicos de tratamiento

- Medidas generales:
  - Estilos de vida: dieta y ejercicio, evitar sobrepeso y obesidad. Evitar tabaquismo
  - Evitar fármacos nefrotóxicos (AINEs, inh COX-2, aminoglicosidos, penicilinas, etc)
  - Ajustar dosis de fármacos a filtrado glomerular
- Control de la albuminuria y de la progresión de la ERC
  - Uso de iSRAA con independencia de la TA
  - Uso de iSGLT2 según indicación en ficha técnica
- Control de la TA:
  - Usar iSRAA como primera opción
  - Control de niveles de potasio
- Control de la glucemia:
  - En DM tipo 2:
    - Metformina (solo en FG mayor de 30 ml/min) + iSGLT2
    - En IMC >30 y objetivo glucémico no alcanzado, asociar a GLP1
- Control de la dislipemia:
  - Estatina de alta potencia +/- ezetimibe
  - Objetivo LDLc < 70 mg/dl si ERC grado 3
  - Objetivo LDLc < 55 mg/dl si ERC grado 4 y 5 (sin diálisis)
- Control de la anemia:
  - Una vez descartada ferropenia, si Hb <10 g/dl, remitir a Nefrología para iniciar tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis.

# Consenso sobre Enfermedad Renal Crónica de Andalucía



# Enfermedad Renal Crónica

Se estima que la Enfermedad Renal Crónica (ERC) puede afectar en Andalucía hasta un 15% de la población. Los síntomas de la ERC se manifiestan en estadios tardíos, provocando una **alta prevalencia de ERC no diagnosticada**.

## La ERC se define por:

- Presencia de anomalías en la estructura de los riñones
- Alteración de la función renal (filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) durante más de 3 meses.
- Signos de lesión renal. El más común la albuminuria persistente (Cociente albumina/creatinina >30mg/g)

## Pacientes de riesgo:



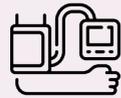
Mayor de 60 años



Diabetes



Obesidad



HTA



FRA  
Alt. tracto  
urinario



FRCV  
Enf. CV  
previa



Historia  
familiar de  
ERC

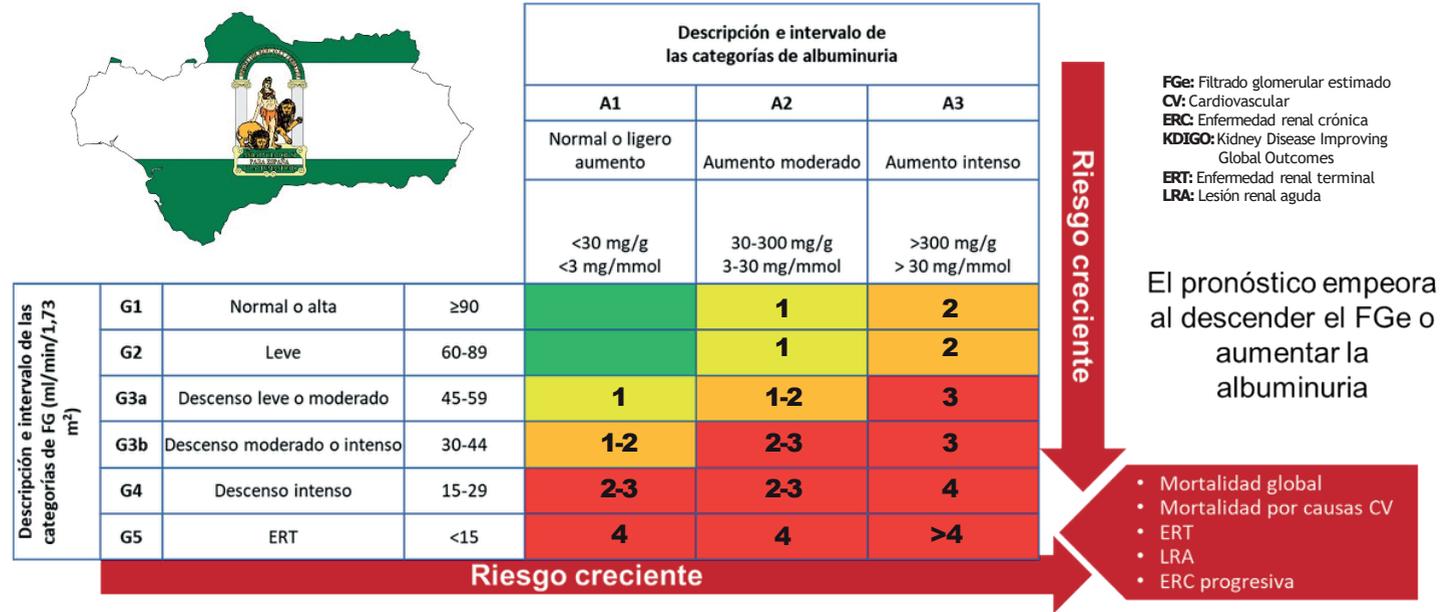


Fármacos  
nefrotóxicos

## Cribado anual:

- Determinación de creatinina y filtrado glomerular estimado por fórmula CKD-EPI
- Determinación de cociente albúmina/creatinina en muestra de primera orina de la mañana y sedimento urinario
- Perfil lipídico y glucémico

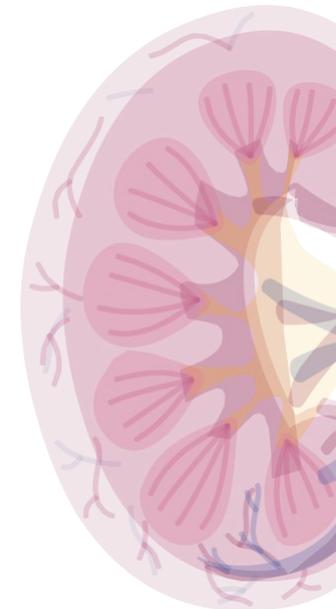
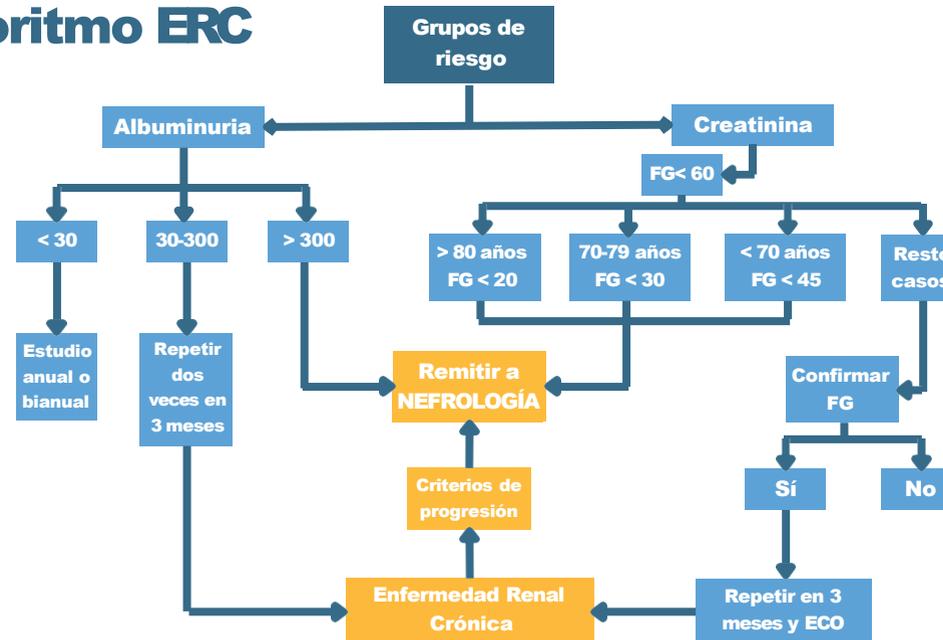
# Clasificación y pronóstico



Riesgo de complicaciones específicas de la enfermedad renal, riesgo de progresión y riesgo cardiovascular

Riesgo de referencia   
  Riesgo moderado   
  Riesgo alto   
  Riesgo muy alto   
  Nº Revisiones anuales recomendadas

## Algoritmo ERC



\* Ver Criterios de derivación