

Coordinación Medicina Primaria / Nefrología para el control y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica

Objetivos:

- Detección de la ERC / IRC oculta en pacientes de riesgo.
- Mejorar su asistencia y tratamiento.
- Retrasar la progresión y el impacto de la IRC.

José María Lamas Barreiro
Servicio de Nefrología
CHUVI

Proceso Asistencial Integrado de Enfermedad Renal Crónica. Actuaciones en el ámbito de Atención Primaria.

Proyecto Galion. Innovative Practice Change

Abril 2023

4. Objetivos

Objetivo general

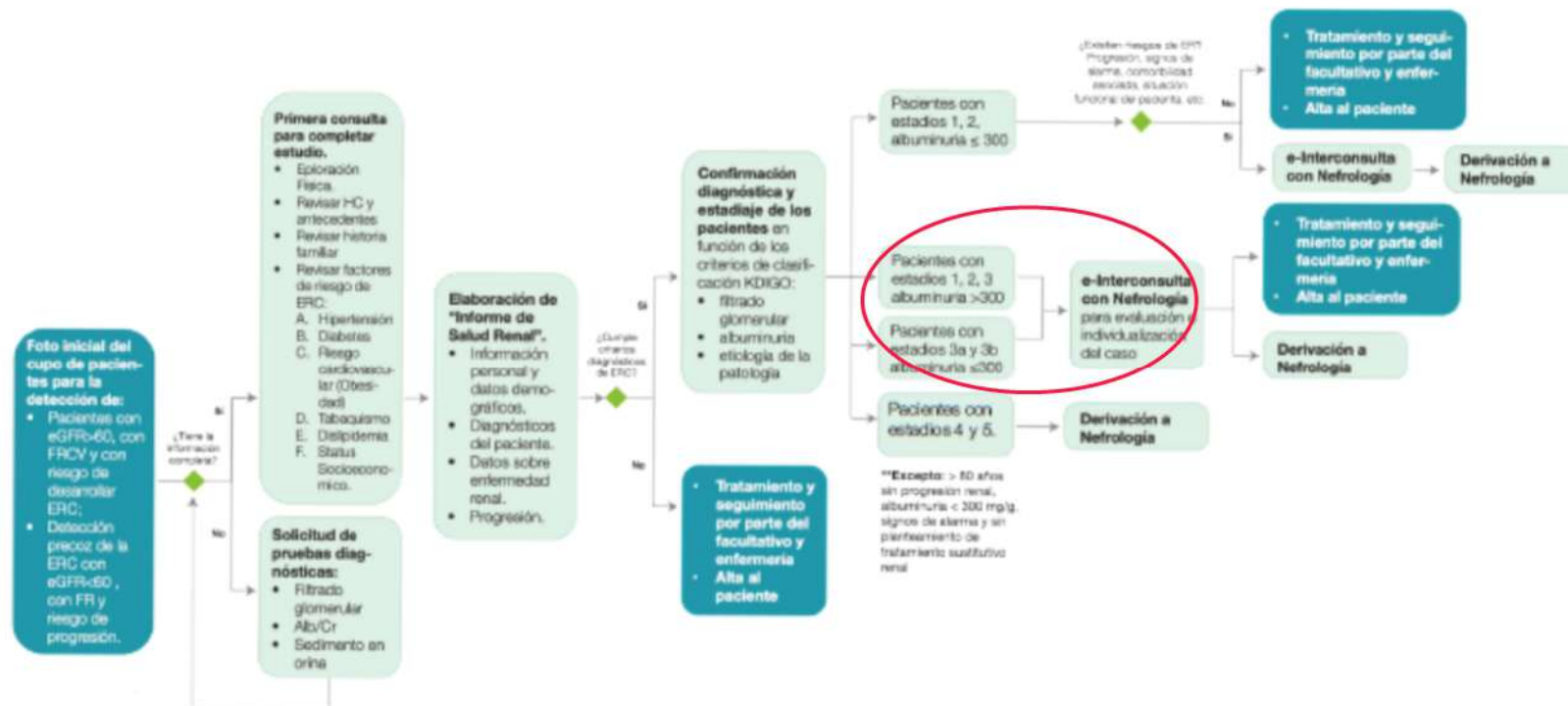
- Transformar el modelo de atención a pacientes con enfermedad renal crónica a través del diseño y despliegue de un modelo de atención virtual y presencial.

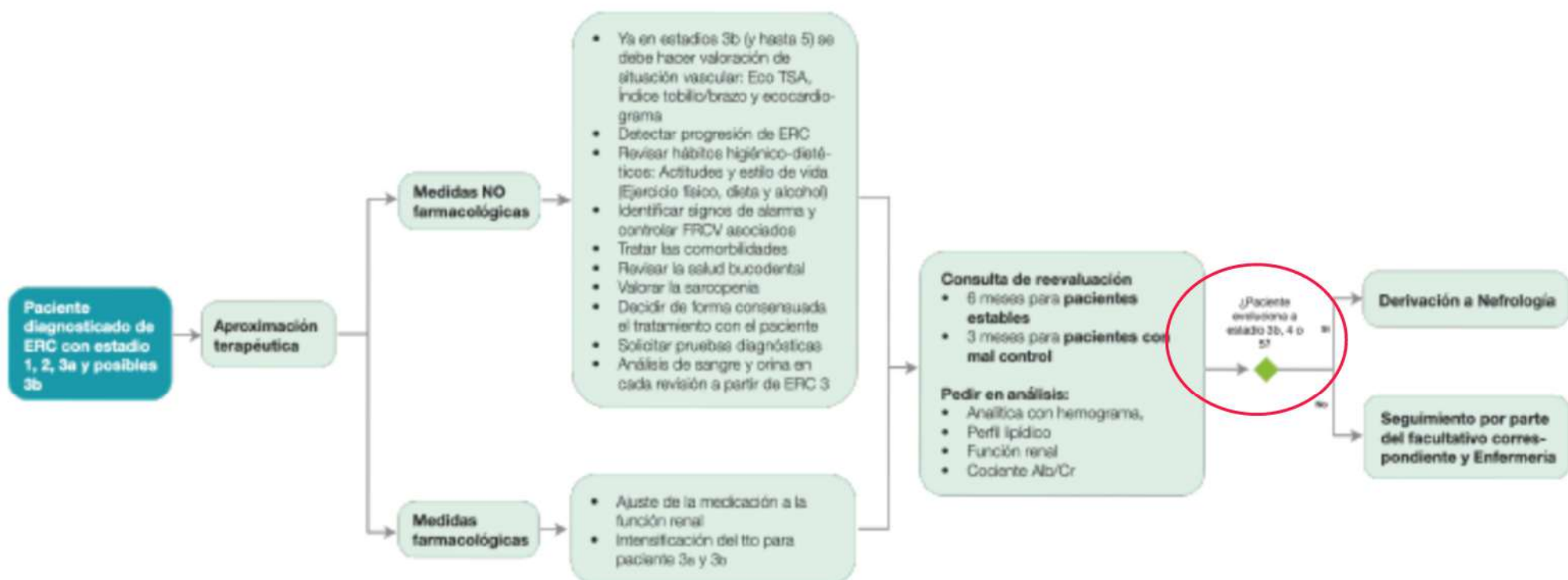
Objetivos específicos

- Reducir el impacto de la ERC en la población de Galicia.
- Aumentar la detección temprana de la ERC.
- Favorecer la continuidad asistencial.

5. Flujo asistencial PAI







**Seguimiento
pacientes en esta-
dio 1, 2, 3a y posi-
bles 3b**

Consulta de revisión:

- Identificar factores de riesgo de ERC
- Controlar FRCV asociados
- Detectar progresión de ERC:
 - A. Deterioro FG
 - B. Aumento de Alb/Cr (descartar otros padecimientos)
 - C. Proteinuria
- Ajustar la medicación a la función renal (p. ej. AINES)
- Revisión de la salud bucodental
- Revisión hábitos higiénico-dietéticos, actitudes y estilo de vida
- Revisar vacunación

Considerar interconsulta con Nefrología si hay duda en el control del paciente.
Colaboración en actividades paliativas.

Seguimiento personal de Enfermería.

- Educación al paciente
- Evaluación sintomatología y escalas
- Administración de tratamientos
- Atención domiciliaria (si precisa)

¿Está el paciente controlado?

Si

No

¿Requiere atención específica por parte de Nefrología?

Si

No

Seguimiento en paralelo por parte del facultativo y Enfermería

Derivación a Nefrología

6. Actividades asistenciales

A continuación vemos las principales actividades asistenciales realizadas en cada subproceso y el profesional involucrado.

En Galicia, una de las principales estrategias a desplegar es la implementación de un algoritmo que permita la detección precoz de los pacientes con ERC a través de la lectura de la información de la HC en IANUS y mediante un sistema inteligente se genere una alerta al Médico de Atención Primaria.

El algoritmo que tiene como objetivo ayudar en el proceso de la detección precoz, porque va a exigir para su puesta en marcha tener el FG y el cociente Albumina/Creatinina, a través de la

Fase	Actividad	Responsable/herramienta
Detección	• Identificación de pacientes con eGFR > 60, con FRCV y con riesgo de desarrollar ERC. • Detección precoz de la ERC con eGFR < 60, con FR y riesgo de progresión. • Control y seguimiento de ambos grupos.	• Algoritmo en IANUS responsable de la detección precoz de la ERC • Médico y enfermera de cualquier ámbito asistencial. • Algoritmo.
Debut y diagnóstico	• Primera consulta. • Valoración de los resultados y confirmación diagnóstica y estadiaje.	• Médico y Enfermera de Atención Primaria.
Tratamiento	• Aproximación terapéutica medidas no farmacológicas • Aproximación terapéutica medidas farmacológicas • Aproximación terapéutica - O tras actividades en el tratamiento	• Médico y enfermera de Atención Primaria. • Trabajador social de AP-AH. • Nutricionista. • Psicólogo. • Equipo de soporte de cuidados paliativos. • 8ª área sanitaria.
Seguimiento	• Seguimiento desde Atención Primaria.	• Médico y enfermera de Atención Primaria y Nefrología. • Trabajador social de AP-AH. • Nutricionista. • Psicólogo. • 8ª área sanitaria.

Fase	Actividad	Descripción de la actividad/tareas
Debut y diagnóstico	Primera consulta	• Evaluación del informe del algoritmo • Revisar HC, antecedentes e historia familiar • Exploración física • Revisar factores de riesgo de ERC: - Hipertensión - Diabetes - Riesgo cardiovascular (Obesidad) - Tabaquismo - Dislipidemia - Estatus socioeconómico • Solicitar pruebas diagnósticas (Además de las estándar, 2 determinaciones de Cr separadas 3 meses. Creación de alarmas en el algoritmo cuando haya una sola determinación de Cr o de Alb/Cr): - Filtrado Glomerular - Alb/Cr - Sedimento en orina
	Valoración de los resultados	• Valoración de los resultados de las pruebas diagnósticas y la sintomatología • Confirmación diagnóstica, diagnóstico diferencial y estadiaje de los pacientes (en función de: filtrado glomerular, albuminuria y etiología de la patología) Para diagnosticar a un paciente de ERC es preciso la presencia durante al menos 3 meses de una de las situaciones siguientes: - FG: inferior a 60ml/min/1,73 m² - Lesión renal: definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG • Estadiaje y evaluación del riesgo de progresión (Algoritmo IANUS) • Derivación a Nefrología cuando sea necesario.
Tratamiento	Aproximación terapéutica medidas NO farmacológicas	• Educación terapéutica, control y Plan de cuidados. • Revisar hábitos higiénico-dietéticos: Actitudes y estilo de vida (Ejercicio físico, dieta, tabaquismo y alcohol). • Informar de las posibles ayudas. • Valorar la sarcopenia. • Revisar la salud bucodental. • Toma de decisiones compartidas. • Control de factores de riesgo de ERC (HTA, Diabetes, dislipemia, hiperuricemia, anemia, etc.). • Valoración de vacunaciones. • Análisis de sangre y orina en cada revisión a partir de ERC 3
	Aproximación terapéutica medidas farmacológicas	• Ajuste de tratamiento y dosis de medicación. • Intensificación del tratamiento para pacientes 3a y 3b.

Fase	Actividad	Descripción de la actividad/tareas
	Aproximación terapéutica - otras actividades en el tratamiento	• Valoración de nutricionista, Psicólogo, trabajador social, etc.
Control y seguimiento	Control y seguimiento	• Realizar la valoración de Enfermería y elaboración de un plan de cuidados específicos en relación a los FR presentes • Establecer controles periódicos de aquellos FR que puedan ser modificados: DM, HTA, obesidad... • Ajustar la medicación a la función renal • Informar al paciente sobre las medidas generales para controlar los FR modificables. Además de la información verbal durante la educación, se recomienda entregar información escrita de soporte. • Realizar actuaciones de educación, fomentando estilo de vida saludables (ver detalle en anexos) • Identificar factores de riesgo de ERC • Controlar FRCV asociados • Detectar progresión de ERC: - Deterioro FG - Aumento albuminuria • Revisar y ajustar fármacos • Revisar la salud bucodental • Revisar hábitos higiénico-dietéticos. Actitudes y estilo de vida • Revisar vacunación • Detectar complicaciones de la ERC (anemia, trastornos electrolíticos)

Coordinación Medicina Primaria / Nefrología para el control y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica

Objetivos:

- Detección de la ERC / IRC oculta en pacientes de riesgo.
- Mejorar su asistencia y tratamiento.
- Retrasar la progresión y el impacto de la IRC.

José María Lamas Barreiro
Servicio de Nefrología
CHUVI

Criterios de cribado de la ERC.-

Riesgo de ERC relacionado con Edad, Enf. CV establecida o Factores de Riesgo CV:

- * Edad > 60 años. (Considerar > 55 años)
- * Enfermedad CV previa:
 - Card. Isquémica,
 - Enf. Cerebro-Vascular,
 - Isquemia crónica MMII.
 - Insuficiencia cardíaca crónica. (ICC)
- * Población con factores de riesgo CV:
 - HTA
 - DM tipo 2 o tipo 1 de > de 5 años de evolución.
 - **Obesidad (IMC > 30),**

Riesgo de ERC relacionado con otros factores:

- * Enfermedad obstructiva del tracto urinario, litiasis o pielonefritis aguda de repetición.
- * Antecedentes de Insuf. Renal Aguda “severa”
 - => que precisó diálisis o ingreso hospitalario.
- * Familiares de 1º grado con enfermedad renal hereditaria o ERCA de causa desconocida.
- * Tratamientos crónicos con fármacos nefrotóxicos (AINEs, Litio, anticalcineurínicos, anti-retrovirales, quimioterápicos)
- * Enfermedades Sistémicas: autoinmunes, neoplasias, infecciones crónicas.
- * Antec. de complicaciones HTA en embarazos.

Cribado de la ERC

Poblaciones objetivo:

- Edad > 60 años. (Considerar > 55 años)
- Enfermedad CV previa: C. Isquémica, Enf. Cerebro-Vascular, Isquemia crónica MMII, I.C.C.
- Factores de riesgo CV: HTA, DM, Obesidad.
- Enfermedad obstructiva del tracto urinario, litiasis o ITUs de repetición.
- Antecedentes de IRA severa (precisó ingreso o diálisis)
- Familiares de 1º grado con Enf. Renal Hereditaria o con ERCA de causa desconocida.
- Tratamiento crónico con fármacos nefrotóxicos: AINEs, Litio, Anticalciuréticos, quimioterápicos, etc.
- Enfermedades sistémicas: autoinmunes, neoplásicas, infecciones crónicas.

Sugerencia de cribado:

* Asintomáticos y sin patología ni factores de riesgo CV:

Cr y Alb/Cr orina.

* Factores de riesgo o patología CV o ICC:

Perfil renal, Perfil lipídicos y Alb/Cr orina.

* Antecedentes urológicos, I. Renal Aguda, Familiares de ERC o Enf. sistémica:

Perfil renal, Alb/Cr orina y sedimento urinario.

Intervenciones para retrasar la progresión de la ERC

FGe < 60 ml/min (IRC) y / o Alb / Cr > 30 mg/ gr de Cr

(Dos deteminaciones separadas 3 meses)

- **Ajustar dosis de fármacos al FG.**
- Control de factores de riesgo CV.
- Control de hiperfiltración y proteinuria.
- Protección de células tubulares.
- Otros:
 - Control de hiperuricemia ?,
 - Restricción proteica ?,
 - Tratamiento de anemia.

Medicina Primaria

Nefrología

Otras especialidades

Intervenciones para retrasar la progresión de la ERC

Control de factores de riesgo CV.-

- Medidas higiénicas generales:

Abstinencia de tabaco, Dieta saludable, Evitar obesidad, Ejercicio físico regular.

- De eficacia probada:

- Control estricto de la HTA (120-130/80). Evitar TAS <110 (Individualizar)
- Protocolo habitual de tratamiento de HTA. Priorizar IECAs/ARAII.
- Control estricto de la glucemia => Guías de tratamiento de DM en ERC.
- Tratamiento y control de la obesidad.

- De eficacia no concluyente:

- Tratamiento de hipercolesterolemia. Prevención 1ª en ERC (*):

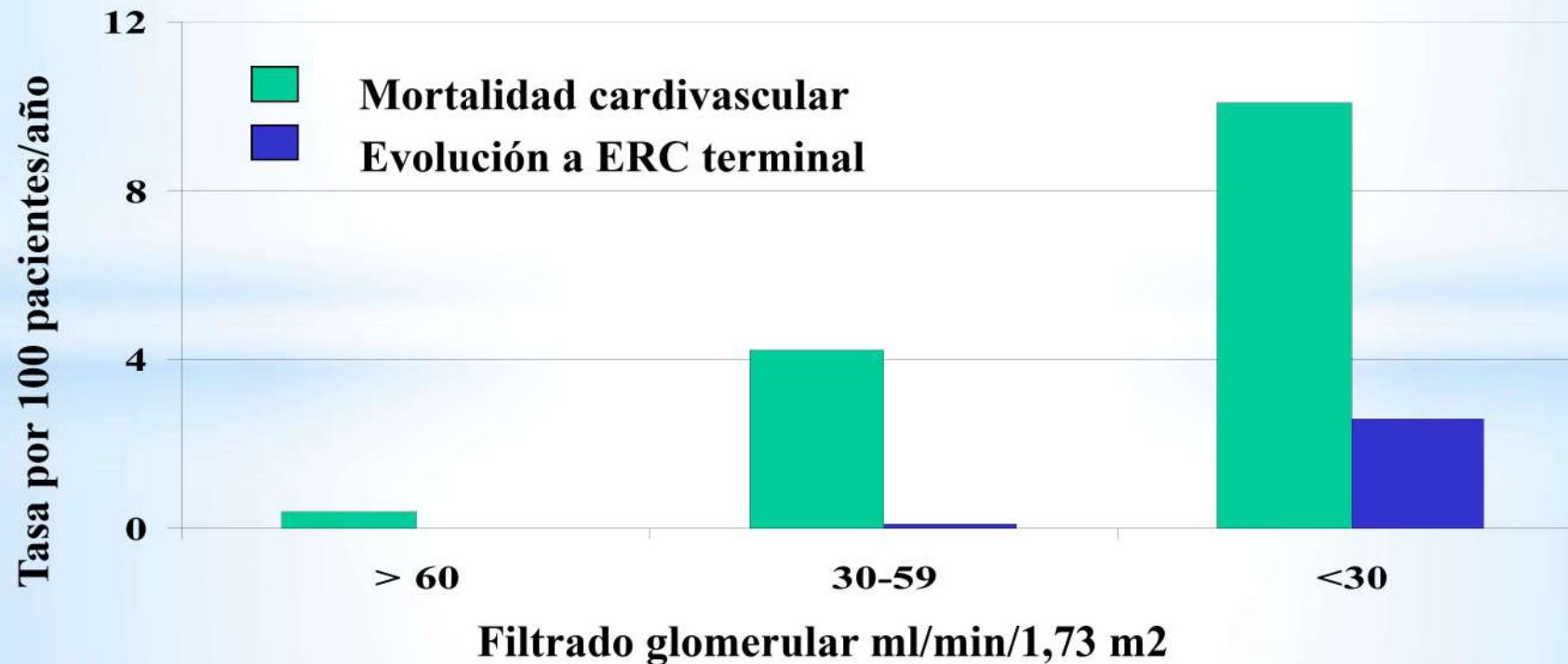
- Alb/ Cr > 300 => LDL Col < 70 si FG 60-90; < 55 si FG < 60
- Alb/ Cr 30-300 => LDL Col < 100 si FG 60-90; <70 si FG 45-60; < 55 si FG < 45
- Alb/ Cr < 30 => LDL Col < 100 si FG 45-60; <70 si FG 30-45; < 55 si FG < 30

(*) Sociedades Europeas de Cardiología y Arteriosclerosis y Guía SOMANE

Nota: Guías KDIGO Más conservadoras. **Estatina en ERC “sin objetivos”**

Precaución: Evitar dosis máximas de estatinas. **Ojo rabdomiolisis** (Fichas técnicas).

Mortalidad cardiovascular y evolución a ERC terminal según grado de función renal



BMJ Noviembre 2006. Nord-Trøndelag County. Noruega. Inicio 1995-1997.
Seguimiento 8 años. (65.604 personas > 20 años, el 70,6% del total).

Intervenciones para retrasar la progresión de la ERC

* Control de Hiperfiltración/Proteinuria: IECAs / ARA II.

- HTA y prevención de hiperfiltración y albuminuria / proteinuria.

* Protección células tubulares: iSGLT2 (Inhibidores del transportador 2 de Na y Glucosa).

- Disminuyen la progresión de ERC y la muerte por causa renal y CV.

* Recomendación en ERC (Sin DM ni IC):

- Dapagliflozina y Empagliflozina (Diabéticos y No diabéticos), [Canagliflozina \(Diabéticos\)](#).

- Tras dosis máximas toleradas con IECAs/ARA II.

- En < 75 años: Alb/Cr > 200 – 300 mg/gr y FG entre 20 y 60 ml/min (entre 20 y 75 ml/min en < 45 años)

- En > 75 años: Alb/Cr > 200 – 300 mg/gr y FGe entre 20 y 45 ml/min. (considerar hasta FG 60 según caso)

- Sugerido con FG 20-45 ml/min sin albuminuria ?

- No utilizar en DM tipo 1, PQRAD y <18 años.

* Evidencias:

	Edad	FG	Alb/Cr > 300 mg/g
- Estudio Dapa-CKD (Dapagliflozina.-	61,8 ± 12,1	43,2 ± 12,3	90%
- Estudio Empa-Kidney (Empagliflozina).-	63,9 ± 13,9	37,4 ± 14,5	52% (80% >30 mg/gr)
- Estudio Credence (Canagliflozina). DM tipo 2.-	62,9 ± 9,2	56,3 ± 18,2	88%

Intervenciones para retrasar la progresión de la ERC

En Diabéticos: Considerar además:

- * Agonistas receptor GLP1 y
- * Finerenona con **FGe >25, A/C > 30 mg/gr**, Dosis máximas IECA/ARAI y K: N.

Otras. De eficacia no concluyente:

- Tratamiento de hiperuricemia. Opinión: Tratar si $\text{úrico} > 8\text{-}9 \text{ mg/dl}$.
Alopurinol. Iniciar con 50-100 mg/día y elevar dosis hasta objetivo. Evitar $>300 \text{ mg}$.
Febuxostat. Iniciar con 40-80 mg/día. Evitar $> 80 \text{ mg/día}$. **NO utilizar si riesgo CV.**
- Restricción proteica (0,8 gr proteínas/ kg/día) en ERC moderada/severa con $\text{FGe} < 45\text{-}30$.
Evitar desnutrición.
- Tratamiento de la anemia. (ERC moderada/severa).
Descartar déficit Fe, Fólico y B12.=> Tratarlo si existe.
Tratar ferropenia. Objetivo: Saturac.transferrina $> 20 \%$, evitando Ferritina > 300 .

Intervenciones para retrasar la progresión de la ERC

*** Ajustar dosis de fármacos al grado de FG.**

*** Vigilar y controlar factores de agudización (en todo momento) :**

- **Deshidratación:** Diuréticos, Pobre ingesta hídrica (ancianos), Diarrea.
- **Bajo gasto renal:** Asociación de diuréticos/IECAS/ARA II/iSGLT2 con o sin a otros factores de agudización (baja ingesta / diarrea / AINEs/ etc).
- **Insuficiencia cardíaca:** Congestión y tratamiento energético agudo.
- **Nefrotóxicos:** AINEs, Contrastes yodados, CyA, Tacro, etc.
- **Obstrucción urinaria.** Varones con prostatismo. Litiasis.
- **ITUs y Otras infecciones o procesos agudos.**

Atención a ERC / IRC en M. Primaria y Nefrología

FGe < 60 ml/min (IRC) y / o Alb / Cr > 30 mg/ gr de Cr
(Dos determinaciones separadas 3 meses)

Intervenciones para retrasar la progresión de la ERC.-

- Ajustar dosis de fármacos al FG.
- Control de factores de riesgo CV.
- Control de hiperfiltración y proteinuria.
- Protección de células tubulares.
- Otros: Control de hiperuricemia ?, Restricción proteica ?, tratamiento de anemia.

Nefropatía Diabética, Nefroangiosclerosis,
NTIC o nefropatías
**SIN necesidad de tratamiento o seguimiento
específico Nefrológico**



Seguimiento en Medicina Primaria

Dudas sobre el diagnóstico.
Nefropatía
**CON necesidad de tratamiento o seguimiento
específico Nefrológico**



Consulta a Nefrología



Seguimiento en Nefrología



Criterios de solicitud de ecografía renal/urológica en ERC

- Sospecha de uropatía obstructiva
- Varones > 60 años con ERC de reciente diagnóstico.
- ITUs repetición con afectación renal
- Hematuria macro o micro persistente
- Proteinuria significativa (Alb/Cr > 300mg/gr)
- ERC progresiva o acelerada
- Hª familiar de Poliquistosis Renal
- FG < 30 ml/min.

Criterios de derivación a la Consulta de Nefrología

- Clarificación diagnóstica.
- Relacionados con el Filtrado Glomerular.
- Dependientes de la albuminuria / proteinuria o Sedimento.
- ¿ Riesgo de Fallo Renal (>5% en 5 años) ?. Ecuación KFRE
- En relación con la HTA.
- Derivados de la anemia.
- Consecuencia de alteraciones metabólicas o hidroelectrolíticas.

Clarificación Diagnóstica

Nefroesclerosis:

- Insuficiencia renal (FG: < 60 ml/min.) estable o con lenta progresión-
- Sin proteinuria o ligera (< 500 mg/gr Cr / < 0,5 gr en 24 horas) de lenta progresión,
- Sedimento urinario normal,
- En paciente con HTA de larga evolución sin historia previa de nefropatía ni otra enfermedad sistémica.
- Suele asociarse a retinopatía HTA, HVI e Hiperuricemia (sin diuréticos).

Prot / Cr 500 mg/gr

Equivale a

Alb / Cr 300 mg/gr

Nefropatía diabética:

- Insuficiencia renal (FG: < 60 ml /min.)
- En diabéticos, generalmente con retinopatía diabética,
- Proteinuria negativa o moderada (sin síndrome nefrótico).
- Sedimento urinario normal.
- Sin otros datos sugestivos de nefropatía primaria u otra secundaria.

Nefropatía Tubulo-intersticial crónica:

- Insuficiencia renal (FG: < 60 ml /min.)
- Sin proteinuria o ligera (< 500 mg/gr Cr / < 0,5 gr/24 h)
- Sedimento urinario normal,
- Antecedentes de procesos urológicos crónicos (litiasis, pielonefritis, obstrucciones, ...) o consumo crónico de analgésicos,
- Habitualmente con TA normal.

Criterios de derivación a la Consulta de Nefrología

Relacionados con el Filtrado Glomerular (*).-

Deterioro Agudo de Función Renal:

- > Cr > 50% en < 7 días.
- > Cr > 25 % o < FG > 25 % en 1 mes.

Deterioro de Función Renal no explicado:

- > Cr > 25% o < FG > 25% o Caída de FG < 15 ml/min en 12 meses.

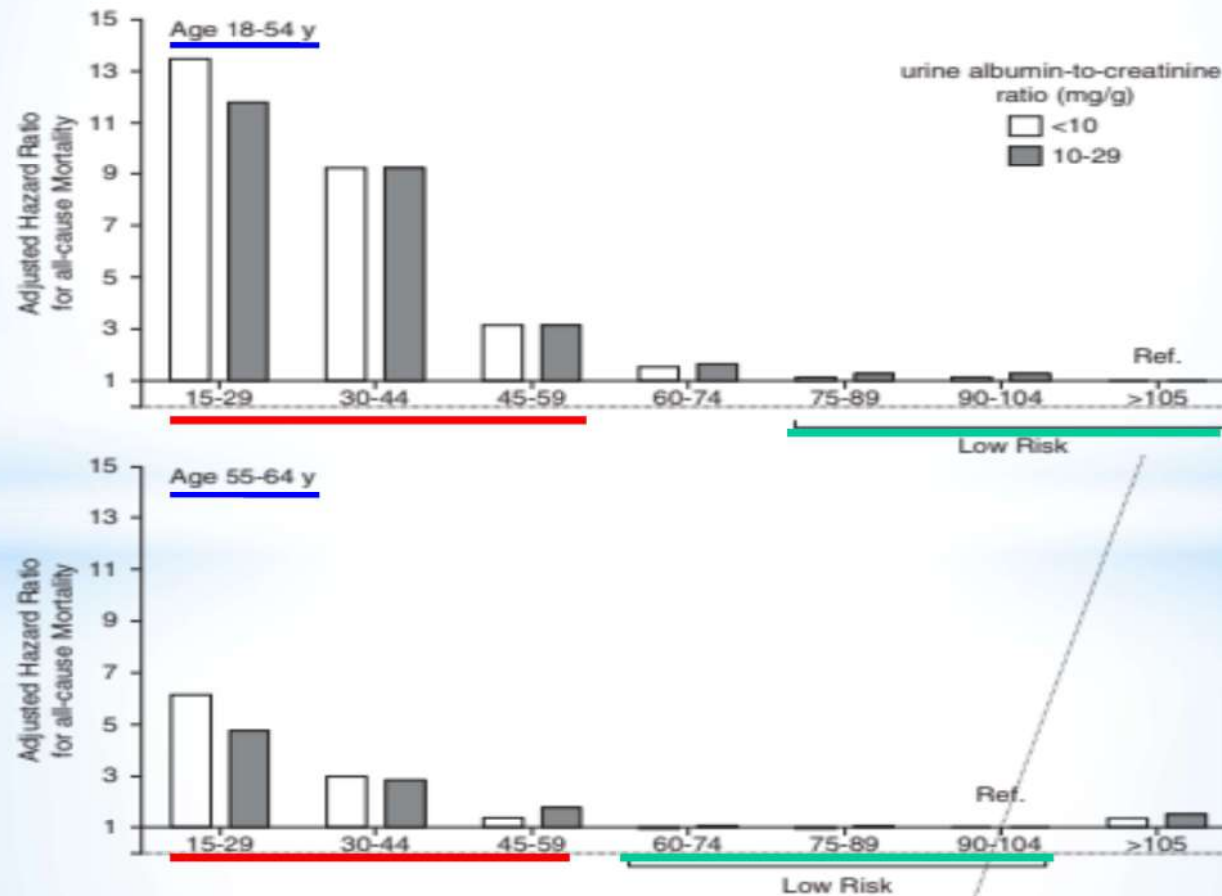
En pacientes con F. Renal “estable” o deterioro lento:

- FG < 30 ml/min en < 75 años.
- FG < 20 ml/min en > 75 años.

(*) Descartados factores de agudización o yatrogenia:

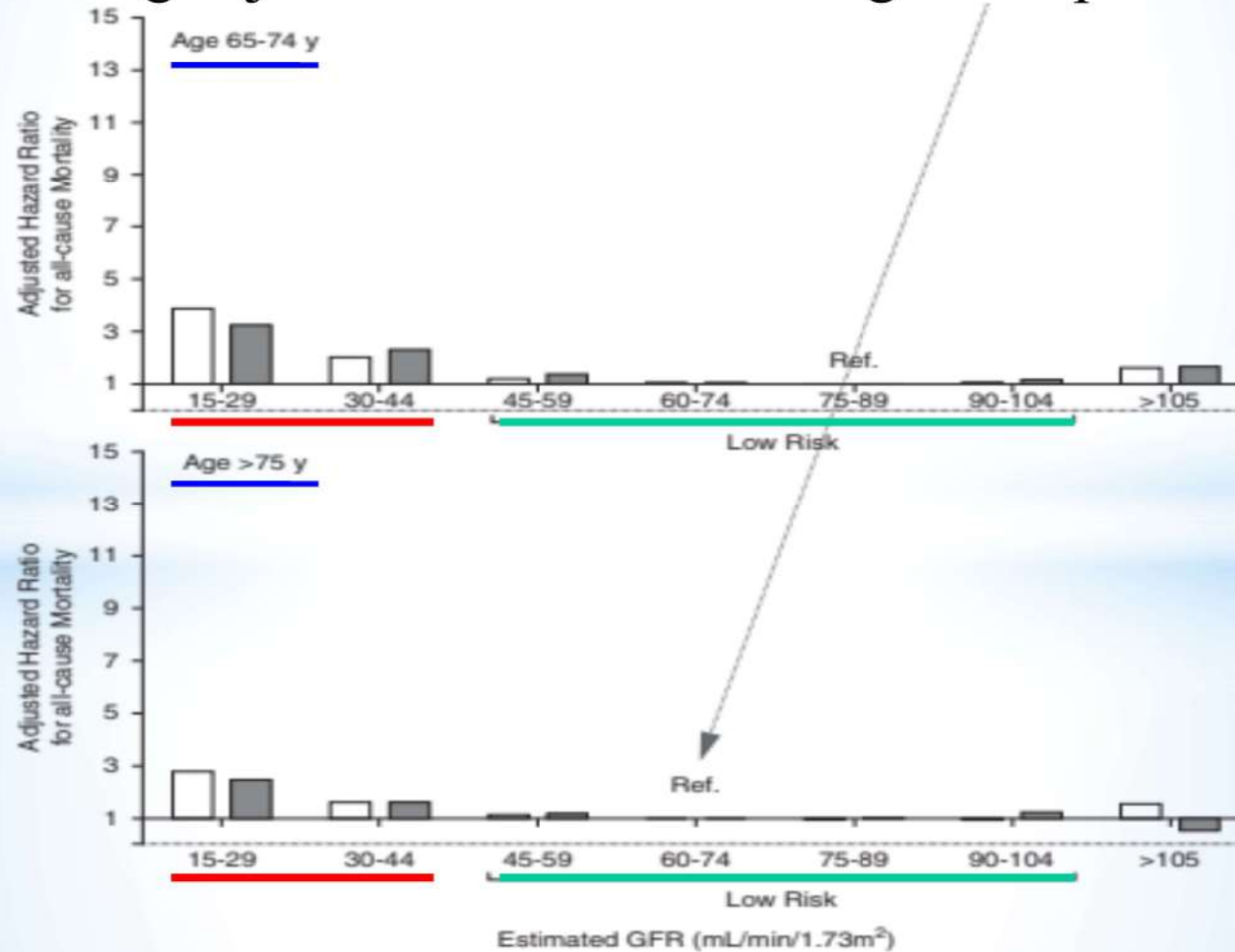
- Deshidratación, diarrea, procesos agudos.
- Agudización de insuficiencia cardíaca o su tratamiento agudo.
- Inicio de diuréticos, AINEs, IECAS/ARAI, iSGLT2 (< inicial del FGe hasta un 25-30%).

Riesgo ajustado de mortalidad según FG por edad



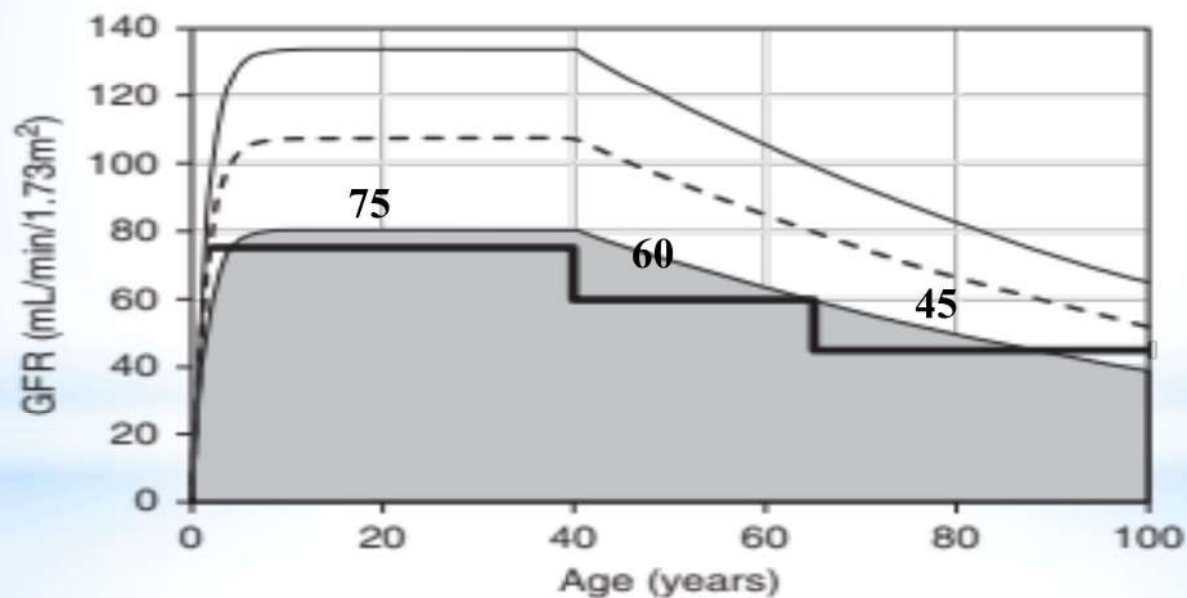
JASN 2019; 30: 1785–1805. CKD: A Call for an Age-Adapted Definition

Riesgo ajustado de mortalidad según FG por edad



JASN 2019; 30: 1785–1805. CKD: A Call for an Age-Adapted Definition

Función Renal e Insuf. Renal ajustadas por edad



Línea punteada y líneas finas: Media y percentiles 97,5 % y 2,5 % por grupos de edad.

Zona sombreada.- Área de I. Renal (< percentil 2,5 %, ajustado por grupos de edad)

Línea gruesa.- **Límites propuestos de I. Renal**

JASN 2019; 30: 1785–1805. CKD: A Call for an Age-Adapted Definition.

Grados de ERC ajuste teórico por edad

Edad		Clasificación	20 – 40 años	40 - 65 años	> 65 años
IRC	Normal	125	75	60	45
	Grado 1	> 90	> 75	> 60	> 45
	Grado 2	60-89	60 – 74	50 – 60	37– 45
	Grado 3	30-59	30 – 59	25 – 49	18 – 36
Nefrología	Grado 4	15-29	15 – 29	12 – 24	9 – 18
	Grado 5	< 15	< 15	< 12	< 9

Criterios de derivación a la Consulta de Nefrología

Relacionados con la albuminuria/proteinuria y alteraciones del sedimento.-

- Albúmina / Cr > 300 mg/gr, si el diagnóstico no encaja con N. Diabética o NAE.
- Proteinuria Nefrótica (> 3.000 mg/gr / > 3 gr/24 horas).
 - * En especial con S. Nefrotico asociado: Albúmina plasmática < 3,5 y/o edema.
- Aumento brusco de proteinuria.
- Microhematuria de novo.

Calculo de riesgo de Fallo Renal (Ecuación KFRE- *Kidney Failure Risk Equation*).-

- Utiliza FG, Albuminuria, Edad y Sexo.
- Recomendación de derivación si riesgo > 5% en 5 años. (Canadá y NICE)
- **No válida en situación agudas.**
- Recordemos que en ERC es más probable la muerte CV que la llegada a diálisis.
- **Individualizar.**

Criterios de derivación a la Consulta de Nefrología

Relacionados con la HTA.-

- Mal control con dieta sin sal y 4 drogas a dosis correctas, incluido diurético.

En relación con la Anemia.-

- Hb < 10 gr/dl con I. Renal (FGe < 60 ml/min) descartadas carenciales.

* Tratamiento de estados carenciales: Fólico, B12 y Ferropenia (Sat. Transf > 20%).

Consecuencia de alteraciones hidroelectrolíticas o metabólicas.-

- Hipocalcemia o Hiperfosforemia.
- Acidosis metabólica (Bic / CO₂t < 22 mE/l)
- Hiperpotasemia (K > 5,5) sin antialdosterónicos.

Resumen de cuidados generales de cuidados en ERC

Detección precoz de ERC			
Medicina Primaria		Nefrología	
Retraso Progresión	Modificar Comorbilidad	Prevención Complicaciones	Preparación TRS (Diálisis/TR) o Paliativo
↓ Factores de riesgo CV y de ERC	Enfermedad Cardíaca	Desnutrición	Educación
Control de HTA, Obesidad y Glucemia	Enfermedad Vascular	Anemia 2ª	Elección informada de TRS o Paliativo
IECAs - ARA II / ISGLT2	Neuropatía (Diabetes)	Enf. Óseo-Metabólico: Ca /P /PTHi	Planificación de acceso Diálisis (FAV / DP)
¿ Restricción Proteica ? Vigilar Anemia	Retinopatía (Diabetes)	Acidosis	Decisión de inicio de diálisis
Vigilar y controlar factores de agudización: Deshidratación, diuréticos, IECAS/ARA II, iSLGT2, Congestión, Obstrucción urinaria, ITUs, Nefrotóxicos: AINES, Contrastes yodados, CyA, Tacro, ATB “nefrotóxicos”,...			

PROTOCOLO DE CRIBADO Y SEGUIMIENTO DE ERC. ÁREA SANITARIO DE VIGO.

CRIBADO DE ERC:

- Edad > 60 años (> 55 años)
- Enf. CV previa: C. Isquémica; ACV; Isquemia MMII; Insuf. Cardíaca crónica.
- Factores de riesgo CV: HTA, DM tipo 2, o tipo 1 > 5 años, Obesidad
- Antec. de patología urológica crónica: litiasis repetición, Uropatía obstructiva, ITUs
- Antec. de Insuf. Renal aguda severa (Precisó diálisis o ingreso hospitalario)
- Familiares de 1º grado con enfermedades renales hereditarias
- Tratamiento crónico con nefrotóxicos.
- Antec. de enfermedades sistémicas.
- Complicaciones HTA en embarazos.

FGe < 60 ml/min (IRC) y / o Alb/Cr > 30 mg/gr 2 muestras en 3 meses

Ajustar dosis de fármacos al grado de IRC

Intervenciones para retrasar la progresión de la IRC

- Control de Factores Riesgo CV: HTA, DM, Obesidad, Hipercolesterolemia.
- Tratto. de hiperfiltración/proteinuria: IECAs – ARA II.
- Protección tubular renal: ISGLT2.
- Controlar factores de agudización: deshidratación, diuréticos, fármacos.
- Vigilar anemia y trastornos hidroelectrolíticos 2ºs a ERC.

Probable N. diabética o NAE o NTIC
Sin necesidad de seguimiento
específico por Nefrología

No compatible con N. diabética, NAE o NTIC,
Nefropatía con seguimiento específico Nefrológico
Dudas sobre el diagnóstico o seguimiento.

Seguimiento en Medicina Primaria

Tras evaluación nefrológica

Consulta a Nefrología

- Dudas sobre el diagnóstico o seguimiento.
- Caída del FGe < 30 en < 75 años o < 20 en > 75 años
- Empeoramiento rápido de Función renal, sin factores de agudización, (> 50% en 7 días o > 25% en un meses)
- Deterioro no explicado de F. renal (> 25% en un año)
- > Significativo de Alb/Cr o Prot. /Cr (> 300 / 500 mg/g).
- Aparición de hematuria (no urológica)
- Mal control de HTA (dieta + 4 fármacos a dosis correctas)
- Anemia o alterac. hidroelectrolíticas sugestivas de 2ª a ERC

Seguimiento en Nefrología

Reunión de Coordinación
Medicina Primaria-Nefrología
Vigo. Octubre de 2024.

ACV: Accidente Cerebro-Vascular; CV: Cardiovascular; IECA-ARA: Inhibidor de enzima convertidora de angiotensina-Antagonista del receptor de angiotensina; ISGLT2: Inhibidor del cotransportador de sodio glucosa; IRC: Insuficiencia Renal Crónica; NAE: Nefroangiosclerosis; NTIC: Nefropatía Tubulointerstitial Crónica; ERC: Enfermedad Renal Crónica.





¡ Muchas gracias !