

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

NEFROLOGÍA

ATENCIÓN PRIMARIA





PREGUNTAS CLAVE SOBRE EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA
¿La enfermedad renal crónica se cura?
¿La enfermedad renal crónica siempre evoluciona a la diálisis?
NO
SÓLO UNA MINORÍA DE PACIENTES LLEGARÁN A DIÁLISIS
¿Se puede parar la evolución de la insuficiencia renal?
> sí
¿Quién es el facultativo responsable de la detección e inicio de tratamiento del paciente con enfermedad renal?





¿QUÉ HACE EL NEFRÓLOGO EN LA ENFERMEDAD RENAL?

Lo mismo que el médico de AP

- Enlentecer la progresión
- Prevenir y tratar las complicaciones
- Evitar yatrogenia
- Dar soporte en la ERC-5 en tratamiento conservador

Algunas cosas específicas

- Tratar la causa primaria (si es tratable)
 - · Inmunosupresores para las glomerulonefritis
 - · Aquaréticos para la poliquistosis autosómica dominante
- Tratar la HTA refractaria
- Preparar al tratamiento renal sustitutivo





PRINCIPALES FUNCIONES RENALES

Función excretora

- Sustancias "tóxicas" (ej. urea)
- · Sodio y otros electrolitos
- Control de los ácidos base del metabolismo

Función endocrina

- Síntesis de eritropoyetina
- Síntesis de vitamina D activa
- Síntesis de renina y otros agentes vasoactivos
- · Síntesis de Klotho, una proteína "fosfatúrica" y protectora vascular

Función Metabólica

· Metabolismo de insulina y otras proteínas de bajo peso molecular

La función renal global se determina en la práctica clínica mediante la estimación de la tasa de filtrado glomerular (MDRD o CKD-EPI)





PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN LA ERC

- → Edad> 60 años
- Enfermedad cardiovascular
- → Diabetes Mellitus
- Exposición a fármacos nefrotóxicos
 Historia familiar ERC
 Hepatitis C
- -> Hiperlipidemia
- → Hipertension
 - Sexo masculino
- Obesidad

 Malignidad

 Síndrome Metabólico

 Tabaco

La detección temprana de la enfermedad renal crónica es clave para un tratamiento adecuado a estos enfermos. El médico de AP, ante la presencia de factores de riesgo, debería medir la presión arterial, estimar la función renal mediante las fórmulas adecuadas y examinar la presencia de albuminuria





PRONÓSTICO DE LA ERC SEGÚN CATEGORÍAS DE FILTRADO GLOMERULAR Y DE ALBUMINURIA

Las Guías KDIGO definen la ERC como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal durante > 3 meses, con implicaciones para la salud, y se clasifica según las categorías de FG y albuminuria y según la etiología

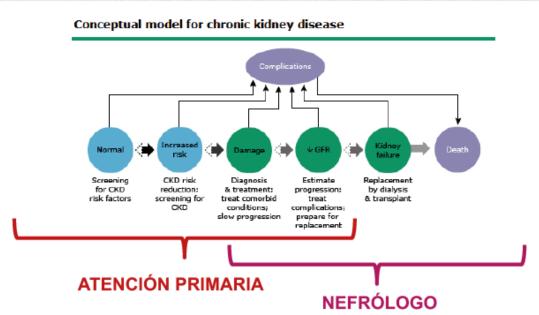
			Albuminuria Categorías, descripción y rangos		
KDIGO 2012 Filtrado glo merular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m²)		A1	A2	A3	
		Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada	
			<30 mg/g ^a	30-300 mg/g*	>300 mg/g*
G1	Normal o elevado	≥90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
G30	Moderada a gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	<15			

Niveles de riesgo: Verde= bajo; Amarillo= moderadamente aumentado; Naranja= alto; Rojo= muy alto





DESAROLLO, PROGRESIÓN Y COMPLICACIONES DE LA ERC. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS



El papel del médico de AP es clave en la detección y seguimiento de la enfermedad renal hasta fases bastante avanzadas de la enfermedad renal

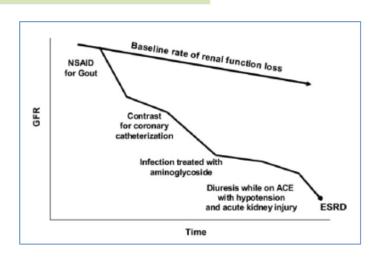




LAS "MINIAGRESIONES" RENALES PUEDEN CAUSAR EMPEORAMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL

EFECTOS PREVENIBLES Y ASOCIADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Fármacos antiinflamatorios (AINES)
- · Toxicidad (ej. antibióticos)
- · Contrastes iodados
- · Descompensación insuficiencia cardiaca
- · Depleción de volumen / Isquemia renal
- IECA/ARA II
- Hematuria glomerular macroscópica
- Otros



PRECAUCIÓN !!!!
IECA/ARAII + Diuréticos + AINES



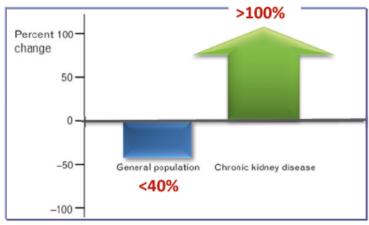


MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN GENERAL Y EN LA ERC

La enfermedad CV asociada a la ERC renal ha aumentado debido a:

- Mayor edad de los pacientes con ERC y/o en diálisis.
- Alta incidencia de pacientes diabéticos.
- Mayor complejidad de las lesiones ateroscleróticas y de las causas implicadas en la patogenia del daño cardiovascular (metabolismo mineral)
- Empleo menos intensivo de fármacos hipolipemiantes como estatinas y ezetimiba, entre otros.

Mortalidad CV en USA (1980-2000)







FACTORES CLÁSICOS DE RIESGO CV ASOCIACION CON LA ERC





2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Debido a que los pacientes con ERC tienen un riesgo incrementado de sufrir enfermedad CV es importante controlar los factores de riesgo CV como estrategia de prevención:

- · Estilo de vida
- Obesidad
- Hipertensión
- Dislipemia
- Diabetes

Table 6 Risk factor goals and target levels for important cardiovascular risk factors

Smoking	No exposure to tobacco in any form.			
Diet	Low in saturated fat with a focus on wholegrain products, vegetables, fruit and fish.			
Physical activity	At least 150 minutes a week of moderate aerobic PA (30 minutes for 5 days/week) or 75 minutes a week of vigorous aerobic PA (15 minutes for 5 days/week) or a combination thereof.			
Body weight	BMI 20-25 kg/m². Waist circumference <94 cm (men) or <80 cm (women).			
Blood pressure	<140/90 mmHg*			
Lipids* LDL* is the primary target	Very high-risk: <1.8 mmol/L (<70 mg/dL), or a reduction of at least 50% if the baseline is between 1.8 and 3.5 mmol/L (70 and 135 mg/dL). High-risk: <2.6mmol/L (<100 mg/dL), or a reduction of at least 50% if the baseline is between 2.6 and 5.1 mmol/L (100 and 200 mg/dL) Low to moderate risk: <3.0 mmol/L (<115 mg/dL).			
HDL-C	No target but >1.0 mmol/L (>40mg/dL) in men and >1.2 mmol/L (>45 mg/dL) in women indicate lower risk.			
Triglycerides	No target but <1.7 mmol/L (<150 mg/dL) indicates lower risk and higher levels indicate a need to look for other risk factors.			
Diabetes	HbA1c <7%. (<53 mmol/mol)			





MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA Y DIETA

MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA:

- Alcanzar o mantener un peso adecuado (IMC= 20-25) (1D)
- Realizar un programa de ejercicio físico compatible con la salud cardiovascular y la tolerancia (al menos 30min diarios, 5 veces/semana) (1D)
- Limitar la ingesta de alcohol (hombres → ≤ 2 vasos de vino o cerveza/día; mujeres → ≤ 1 vaso/dia (2D)

DIETA:

- Disminuir la ingesta de sodio a < 2g por día (correspondiente a 5g de cloruro sódico) salvo contraindicación (1C)
- Aproximadamente 30-35 kcal/kg por día en la mayoría de los pacientes.
- Proteínas de alta calidad (alrededor de 0.8 g/kg/día en estadios 3-5 de ER)





LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ERC

CONCEPTOS BÁSICOS

- La hipertensión está presente en el 80-85% de los pacientes con ERC.
- El tratamiento antihipertensivo:
 - Enlentece la progresión de la ERC, sobre todo cuando se acompaña de proteinuria.
 - 2. Reduce la tasa de complicaciones cardiovasculares.
- Comenzar usualmente con un inhibidor de la ECA o ARA-II.
- La expansión de volumen a menudo en ausencia de edema evidente, contribuye a la elevación de la presión arterial en la mayoría de los pacientes con ERC (diuréticos tiacídicos fundamentalmente).
- Los diuréticos del asa están recomendados :
 - 1. Cuando existen edemas asociados a la hipertensión arterial
 - 2. Cuando el FGe <20 mL/min por 1.73 m2
- Las cifras óptimas de presión arterial en el paciente hipertenso con ERC no están completamente definidas





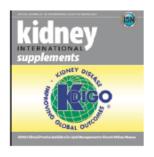
MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ERC (PAS>140 o PAD> 90 mmHg)

- En pacientes SIN albuminuria (<30mg/24 horas), mantener la PAS ≤140mmHg y PAD≤ 90mmHg (1B)
- En pacientes CON albuminuria (30-300 mg/24 horas o superior) mantener PAS ≤130mmHg y PAD ≤ 80mmHg (2D)
- Tratamiento con ARA-II o IECAs en pacientes con ERC y albuminuria (30 300 mg/24 horas o superior) en los que esté indicado tratamiento antihipertensivo (2D)
- En pacientes con diabetes, ERC y albuminuria está indicado el uso de ARA-II o IECAs como agentes antiproteinuricos, aunque la TA esté en valores normales (usar dosis bajas y con cuidado)
- Requieren atención especial los pacientes con una presión sistólica <120 mmHg y ancianos (más perjuicio que beneficio); (comentario pre-estudio SPRINT).
- El uso de ARAII o IECAs en pacientes en estadio de enfermedad muy avanzados (creatinina sérica >6.0 mg/dL) es controvertido y además incrementa el riesgo de hipercalemia.





KDIGO - RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA EN PACIENTES ≥ 50 AÑOS CON ERC

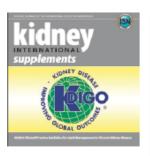


- 2.1.1: En los adultos de edad ≥ 50 años con una FGe < 60 ml/min/1,73 m² pero no tratados con diálisis crónica ni trasplante renal (categorías de FG G3a-G5), recomendamos el tratamiento con una estatina o la combinación de estatina/ezetimiba. (1A)
- 2.1.2: En los adultos de edad ≥ 50 años con ERC y una FGe ≥ 60 ml/min/1,73 m² (categorías de FG G1-G2), recomendamos el tratamiento con una estatina. (1B)





KDIGO - RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA EN PACIENTES < 50 AÑOS CON ERC



- 2.2: En los adultos de 18-49 años de edad con ERC pero no tratados con diálisis crónica ni trasplante renal, sugerimos el tratamiento con una estatina en los individuos con uno o varios de los siguientes factores (2A):
 - enfermedad coronaria (infarto de miocardio o revascularización coronaria) conocida
 - diabetes mellitus
 - ictus isquémico previo
 - incidencia estimada de muerte coronaria o infarto de miocardio no mortal a 10 años > 10%





BENEFICIOS DE SIMVASTATINA /EZETIMIBA O ATORVASTATINA/EZETIMIBA EN EL PACIENTE CON ERC

- Reducción del c-LDL de manera significativa en relación a la dosis similar de estatina en monoterapia
- Facilita alcanzar el nivel de c-LDL apropiado, según las guías, para pacientes de alto riesgo CV como es el enfermo renal
- Mejora el cumplimiento por una mejor tolerancia (ej: ausencia o disminución de miopatía ante descensos similares del c-LDL) y la adherencia al tratamiento (dos fármacos en una sola pastilla)
- Reduce la preocupación del médico en relación a los posibles efectos adversos de las altas dosis de estatinas





TRATAMIENTO DE LA ANEMIA DEL ENFERMO RENAL CRÓNICO (NO EN DIÁLISIS)

- El tratamiento de la anemia debe ser individualizado
- Para la mayoría de los pacientes con síntomas atribuibles a la anemia, iniciar tratamiento con eritropoyetina cuando la hemoglobina es <10 g/dl (grado 2C)
- En la mayoría de los pacientes debe intentarse unos niveles de hemoglobina entre 10 y 11.5 g/dl (grado 2C)
- No hay datos consistentes sobre los beneficios adicionales de mantener la hemoglobina entre 12.5 y 13 g/dL
- Hemoglobinas >13 g/dL se han asociado con más efectos adversos
- Se debería administrar la dosis mas baja de eritropoyetina para alcanzar los objetivos terapéuticos mencionados





RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ACIDOSIS METABÓLICA EN PACIENTES CON ERC

- La acidosis metabólica crónica se observa en los estadios más avanzados de la ERC (estadios 4-5;~15% de los pacientes)
- Aunque no existen estudios clínicos sólidos, es razonable tratarla para conseguir una concentración de bicarbonato sódico ≥22 mEq/L (24-26 mEq/L)
- Administrar suplemento de bicarbonato cuando los niveles sean <22
 mEq/L, durante 3-4 días y después ajustarlo según los niveles de
 bicarbonato.
- 4. No hay datos suficientes para administrar bicarbonato en pacientes que aún no han desarrollado acidosis metabólica.





ABORDAJE TERAPÉUTICO A LAS ANOMALÍAS DEL METABOLISMO MINERAL EN EL ENFERMO CON ERC

- · Hiperfosforemia (Atención Primaria/ nefrólogo)
- -Restricción de fósforo en la dieta (proteínas, alimentos preparados, bebidas tipo cola)
- -Tratamiento con quelantes del fósforo (cálcicos vs no cálcicos) probablemente en pacientes estadios 4-5. Evitar los cálcicos en pacientes con muchas calcificaciones vasculares
- Déficit de vit D (Atención Primaria)
- -Suplementos de vit D (D2, D3, calcidiol)
- Hiperparatiroidismo (Nefrólogo)
- -Calcitriol y sus análogos (paricalcitol)
- -Calcimiméticos
- Aumento plasmático de FGF-23 (Fibroblast Growth Factor-23). No tratamiento
- Fósforo sérico normal rango:2.48-4.65 mg/dL en adultos





ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA CONCLUSIONES

- La enfermedad renal crónica (ERC) tiene una alta prevalencia en nuestra sociedad
- La clasificación de la ERC basada en el filtrado glomerular estimado y la albuminuria permite la identificación de los pacientes que van a progresar a la ERC terminal
- El riesgo cardiovascular es muy elevado en el paciente con ERC
- El tratamiento de la hipertensión arterial y la dislipemia son claves en la prevención del riesgo cardiovascular y renal
- La combinación de estatinas+ezetimiba ha demostrado ser una opción terapéutica sólida en la disminución de eventos cardiovasculares del enfermo con ERC
- Los MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SON CLAVES EN LA IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA ERC
- El seguimiento del paciente renal por el Médico de AP y el Nefrólogo es la MEJOR ESTRATEGIA EN EL TRATAMIENTO TEMPRANO DE LA ERC



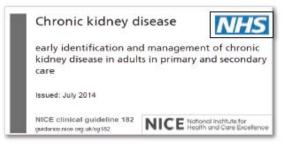


DOCUMENTOS PARA EVALUAR Y TRATAR LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA



KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease





Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica

Alberto Martínez-Castelao¹, José L. Górriz¹, Jordi Bover¹, Julián Segura-de la Morena², Jesús Cebollada³, Javier Escalada⁴, Enric Esmatjes⁵, Lorenzo Fácila⁵, Javier Gamarra², Silvia Gràcia⁵, Julio Hernánd-Moreno², José L. Llisterri-Caro⁵, Pilar Mazón⁵, Rosario Montañés⁵, Francisco Morales-Olivas², Manuel Muñoz-Torres⁴, Pedro de Pablos-Velasco⁵, Ana de Santiago⁵, Marta Sánchez-Celaya¹₀, , Carmen Suárez³, Salvador Tranche¹⁰

Nefrologia 2014;34(2):243-62 doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12455





DOCUMENTO MARCO SOBRE LA ERC

Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS

HINETTRIO DE MANDAO SEMOCIO DOCALES E ICUADO

APROBADO 27 DE MARZO 2015 por el Consejo Interterritorial PROCESO ASISTENCIAL ERC

DETECCIÓN PRECOZ

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, DERIVACIÓN

PAUTAS DE INTERVENCIÓN

PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN ERC

LA ERC EN ATENCIÓN PRIMARIA

LA ERC AVANZADA EN TTO CONSERVADOR

LINEAS ESTRATEGICAS DE INTERVENCIÓN

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad Renal Cronica 2015.pdf





¿A QUIÉN HACER CRIBADO DE ERC?

Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS

REPORTERS ON SANDAS, DRIVED CONTROL AND PROPERTY.

Hipertensión arterial

Diabetes

Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad de daño renal Edad avanzada Historia familiar de ERC Masa renal disminuida Bajo peso al nacer Raza negra y otras minorías étnicas Hipertensión arterial Diabetes 4 Obesidad Nivel socioeconómico bajo Factores iniciadores: inician directamente el daño renal Enfermedades autoinmunes Infecciones sistémicas Infecciones urinarias Litiasis renal Obstrucción de las vías urinarias bajas Fármacos nefrotóxicos, principalmente AINE





¿A QUIÉN HACER CRIBADO DE ERC?

Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS

Obesidad

Factores de progresión: empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal Proteinuria persistente Hipertensión arterial mal controlada Diabetes mal controlada Tabaquismo Dislipemia Anemia Enfermedad cardiovascular asociada





¿CON QUE PRUEBA DETECTAMOS LA ERC?

FG ESTIMADO

Mediante ecuaciones a partir de la Creatinina sérica, ajustado a edad, sexo y raza

Aclaramiento de Creatinina sólo en:

- Peso corporal extremo
 - (IMC < 19 ó > 35 kg/m2)
- Malnutrición
- Amputaciones
- < 18 años</p>
- Embarazadas

Mejor si es a partir de la Crs estandarizada:

- CKD-epi
- MDRD-IDMS

No se aconseja la fórmula de Cockcroft

ALBUMINURIA

Mediante el cociente Albúmina/Creatinina (CAC) en orina, en primera orina de la mañana

Se recomienda prescindir del uso de términos como micro o macroalbuminuria.

- El CAC es un marcador más sensible que la proteinuria en la ERC





IMPORTANCIA DE INTEGRAR ALBUMINURIA Y FILTRADO GLOMERULAR

El **FG** estimado y el cociente **Albumina/creatinina** en orina permite:

Clasificar la ERC en el estadio correspondiente - ERC G3A1 ERC G4A3

Estimar el Riesgo Vascular asociado a la ERC (Riesgo de eventos cardiovasculares)

Estimar el Riesgo de Progresión de la ERC (Riesgo de entrada en diálisis o trasplante)





PREGUNTAS Y DECISIONES ANTE UN FILTRADO GLOMERULAR DISMINUIDO

• REPETIR el FG (a los 10-15 días)

¿POR QUÉ SE HAN EFECTUADO LOS ANÁLISIS?

¿HA TOMADO AINES?

Es la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses, definido como:

- Disminución de la Función Renal
- Alteraciones del sedimento: Microhematuria
- Microalbuminuria proteinuria

¿HA ESTADO DESHIDRATADO?

¿SE HA MODIFICADO RECIENTEMENTE LA MEDICACIÓN? - IECAs, ARAII, Diuréticos, etc.





USO DE HIPOLIPEMIANTES EN LA ERC

(Recomendaciones/opinión autores de los talleres basadas en las GPCs)

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Independientemente de LDL basal Objetivo LDL: < 70 mg/dL

Estatinas a dosis altas

Ó

Estatina + ezetimiba

¿Qué hipolipemiante utilizar?

Las guías no definen un tratamiento hipolipemiante concreto.

Diferentes estrategias, diferentes beneficios





OBJETIVOS TERAPEUTICOS EN EL PACIENTE DIABÉTICO CON ERC

- HbA1c < 7% en el DM no complicado.
- Control más estricto en aquellos pacientes con DM de corta duración, expectativas de vida prolongada y sin enfermedad cardiovascular (ECV) significativa.
- Objetivos de HbA1c menos estrictos (<8%) en pacientes con antecedentes de hipoglicemias severas, escasa esperanza de vida y/o complicaciones micro y macrovasculares severas.
- <u>Estatina</u>s: Intensidad moderada, o alta en función de edad, ECV y factores de riesgo CV.
 - El único grupo que no recibiría estatina serían los < 40 años sin ECV ni FRV
- <u>Aspirina 75-162 mg/día</u> en todo DM con riesgo CV > 10% a los 10 años. (varones> 50 años y mujeres> 60 años con un factor de riesgo adicional) *No consenso en otras guías
- Aspirina 75-162 mg/día en todo DM con historia de ECV
- · Aspirina y clopidogrel durante un año tras síndrome coronario agudo





PRECAUCIÓN CON LA HIPERPOTASEMIA ASOCIADA AL USO DE IECA Y ARA II

Factores de riesgo de hiperkaliemia:

- Enf renal crónica*
- Diabetes
- IC descompensada
- · Deplección de volumen
- Edad avanzada
- Fármacos que ↓ excreción renal de K (AINE, BB, ketoconazol, espironolactona, amiloride...)
- Suplementos de K
- Tto combinado IECA + ARA II

* El riesgo es inversamente proporcional a la TFG y aumenta sustancialmente cuando es <30 ml/min

Recomendaciones:

- Valorar la función renal
- Monitorizar el K sérico
- Iniciar a dosis bajas
- Dieta baja en K
- Suspender AINE y suplementos de K
- Corrección acidosis
- Diuréticos asa
- Evitar plantas herbolario



MANEJO CONJUNTO DE LA ERC CON ATENCIÓN PRIMARIA





CLAVES DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA – DERIVACIÓN



KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease

CHRONIC KIDNEY DISEASE

NHS

National clinical guideline for early identification and management in adults in primary and secondary care

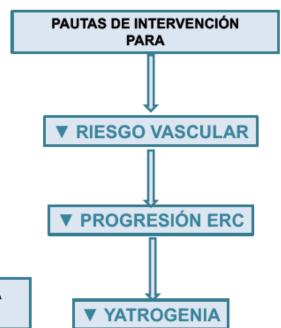
Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica

Alberto Martínez-Castelao', José L. Górriz', Jordi Bover', Julián Segura-de la Morena', Jesús Cebollada', Javier Escalada', Enric Esmatjes', Lorenzo Fácila', Javier Gamarra', Slivia Gràcia', Julio Hernánd-Moreno', José L. Ilisterri-Caro', Pilar Mazón', Rosario Montañés', Francisco Morales-Olivas', Manuel Muñoz-Torres', Pedro de Pablos-Velasco', Ana de Santiago', Marta Sánchez-Celaya'', Carmen Suárez', Salvador Tranche''

Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crómica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS

.

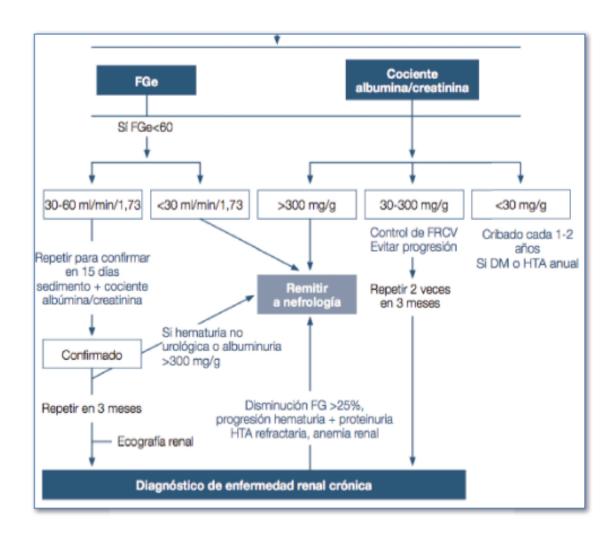
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A NEFROLOGÍA





Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS

SHOWER, ISTURBOLD WEST COOK SHE







¿QUÉ HACER CON EL PACIENTE QUE NO ES "CANDIDATO" A TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO – DIÁLISIS O TRASPLANTE?

Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS

HEFERMON, RETURNING I HAMBETHEINCHICH SEIS

8. La enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento médico-conservador (TMC)

Atención de acuerdo a los principios de la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS

De forma coordinada entre:

- Atención Primaria
- Nefrología
- Equipo de referencia de cuidados paliativos.

EVITAR LA FALSA DUALIDAD: "DIÁLISIS IGUAL A VIDA – PALIATIVOS IGUAL A MUERTE"





CONCLUSIONES I

- El médico de atención primaria es clave en la detección de los pacientes con ERC y en el seguimiento de la mayoría de los pacientes con ERC E-1-3
- Es imprescindible determinar la albuminuria y el FGe para estimar el riesgo vascular y el riesgo de progresión de la ERC
- Los <u>objetivos</u> <u>de control de TA</u> en la ERC deben individualizarse. En líneas generales debe ser < 140/90 y <130/80 si proteinuria





CONCLUSIONES II

- La mayoría de los pacientes con ERC necesitarán hipolipemiantes.
 Los pacientes con ERC presentan un riesgo CV muy alto y por lo tanto necesitan tratamiento hipolipemiante. Las guías y otros documentos de consenso recomiendan el uso de estatinas o estatina/ezetimiba
- La yatrogenia asociada a fármacos debe vigilarse estrechamente en la ERC
- La coordinación Atención Primaria Nefrología es esencial para optimizar la derivación del paciente con ERC y en la atención al paciente con ERC avanzada en tratamiento conservador





LINKS DE INTERÉS

CALCULADORA FUNCION RENAL

http://senefro.org/modules.php?name=calcfg



APPS DE INTERÉS: http://goo.gl/gEkf24









NUESTRO BLOG RENAL

WWW.PACIENTERENAL.ES