



# HERCULES

La fuerza del diagnóstico temprano

# #1

## DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y ESTADIAJE DE LA ERC

### LA PREVALENCIA DE LA ERC: ¿CUÁL ES EL PRESENTE?



La **enfermedad renal crónica** es un importante problema de salud pública a nivel mundial.<sup>1</sup>



Además, un **40% de las personas con DM2** acaban por desarrollar ERC.<sup>2,3</sup>



# 15%

población total española **padece** ERC.<sup>1</sup>

# 5%

población total está **diagnosticada** de ERC (1/3 de los pacientes).<sup>4</sup>

### LA NECESIDAD DE ACTUAR YA: ¿CÓMO HACER UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO?

Detección temprana de la ERC<sup>1,5</sup>

#### 1. IDENTIFICAR A LAS PERSONAS DE RIESGO

##### Principales factores de riesgo de ERC:

- Hipertensión
- Diabetes
- Enfermedad CV
- Antecedentes familiares de ERC

##### Considerar otros factores:

- Edad avanzada (≥60 años), raza/etnia
- Obesidad
- Enfermedad sistémica que afecta a los riñones (p. ej. LES)
- Factores de riesgo genéticos (p. ej. PQRAD)
- Exposición ambiental a nefrotóxicos
- Antecedentes de LRA

#### 2. REALIZAR PRUEBAS A ADULTOS DE ALTO RIESGO PARA DETECTAR LA ERC

##### Evaluar la función renal – TFGe

TFGe calculada mediante la ecuación CKD-EPI a partir de la creatinina sérica y/o la cistatina C\*

Y

##### Evaluar el daño renal – albuminuria

CAC o tira reactiva†

Si CAC ≥30 mg/g (≥3 mg/mmol)

O

TFGe <60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

Existe deterioro de la función renal y presencia de daño renal

Realizar 2 determinaciones más en no menos de 3 meses

Si CAC <30 mg/g (<3 mg/mmol)

Y

TFGe ≥60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

Volver a realizar la prueba al menos una vez al año

#### 3. DIAGNOSTICAR ERC

Diagnosticar si la baja TFGe o el alto CAC persisten durante >3 meses

\*Cistatina C en suero si está disponible para un estadiaje más preciso.

†Tira reactiva si no se dispone de CAC.

### MEDICIÓN DEL RIESGO: ¿ES NECESARIO UN ESTADIAJE DE LA ERC?

Pronóstico de la ERC por categorías de FG y albuminuria: KDIGO 2012<sup>†</sup>

			Categorías de albuminuria persistente		
			Descripción e intervalo		
			A1	A2	A3
			Normal o aumento leve	Aumento moderado	Aumento grave
			<30 mg/g	30-300 mg/g	>300 mg/g
			>3 mg/mmol	3-30 mg/mmol	>30 mg/mmol

Categorías de TFG (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> ) Descripción e intervalo	G1	Normal o alto	≥90			
	G2	Levemente disminuido	60-89			
	G3a	Descenso leve-moderado	45-59			
	G3b	Descenso moderado-grave	30-44			
	G4	Descenso grave	15-29			
	G5	Fallo renal	<15			

■ Bajo riesgo o sin ERC   ■ Riesgo moderadamente aumentado   ■ Alto riesgo   ■ Muy alto riesgo

La **disminución del FG** al igual que el **aumento del CAC** se asocian a un **aumento de eventos adversos**: mortalidad global, mortalidad CV, fracaso renal tratado con diálisis o trasplante, fracaso renal agudo y progresión de la enfermedad renal.<sup>1</sup>

La **coexistencia** de una **disminución del FG** y un **CAC aumentado** multiplica el riesgo.<sup>1</sup>

**Estadificar la ERC** es importante para establecer un margen que permita **prevenir complicaciones cardiorrenales** y **adequar el tratamiento**.<sup>1,5</sup>

<sup>†</sup>Tabla traducida en Martínez-Castelao A, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. 2014;34(2):243-62.

### CONCLUSIONES

- La ERC está infradiagnosticada.<sup>1,5</sup>
- El cribado de ERC en poblaciones de riesgo debe hacerse al menos una vez al año.<sup>1,5</sup>
- La medición del CAC debe ser siempre realizada para diagnosticar ERC ya que existen pacientes albuminúricos sin alteraciones en el FG.<sup>1</sup>
- Es importante estadificar la ERC en función de la TFGe y el CAC según KDIGO.<sup>1,5</sup>

#### Abreviaturas:

CAC: cociente albúmina-creatinina en una muestra de orina; CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; CV: cardiovascular; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ERC: enfermedad renal crónica; KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes; FG: filtrado glomerular; LES: lupus eritematoso sistémico; LRA: lesión renal aguda; PQRAD: poliquistosis renal autosómica dominante; TFGe: tasa de filtración glomerular estimada.

#### Referencias:

1. García-Maset R, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2022;42(3):233-264.
2. Vijay K, et al. Heart Failure in Patients with Diabetes and Chronic Kidney Disease: Challenges and Opportunities. Cardiorenal Med. 2022;12(1):1-10.
3. Afkarian M, et al. Clinical Manifestations of Kidney Disease Among US Adults With Diabetes, 1988-2014. JAMA. 2016;316(6):602-10.
4. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Situación de la enfermedad renal crónica en España. Disponible en: [https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2023/07/Documento-ERC\\_semFYEC.pdf](https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2023/07/Documento-ERC_semFYEC.pdf). Fecha de acceso: julio 2023.
5. International Society of Nephrology. Early Identification and Intervention in Primary Care. Disponible en: <https://www.theisn.org/initiatives/toolkits/ckd-early-screening-intervention/#PrimaryCare>. Fecha de acceso: julio 2023.

ERC0024.102023