Consenso Enfermedad Renal Crónica en Extremadura 2025-2026

La **Enfermedad Renal Crónica** (ERC) afecta en Extremadura a un 8,1 (Hermex) - 9,2% (EPIRCE) de la población general, a un 11% de los pacientes que acuden a un Centro de Salud y hasta un 39% de los sujetos con enfermedad cardiovascular.

Los síntomas de 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/1,73m^2) durante más de tres meses.
- Signos de lesión renal. El más común, la albuminuria persistente > 30 mg/g.

Pacientes de riesgo:

Clasificación* y Pronóstico ERC

Descripción e intervalo de las categorías de FG (ml/min/1,73 m^2)				Descripción e intervalo de las categorías de albuminuria		
				A1	A2	A3
				Normal o ligero aumento	Aumento moderado	Aumento intenso
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g > 30 mg/mmol
	G1	Normal o alta	≥90			
	G2	Leve	60-89			
	G3a	Descenso leve o moderado	45-59			
	G3b	Descenso moderado o intenso	30-44			
	G4	Descenso intenso	15-29			
	G5	ERT	<15			

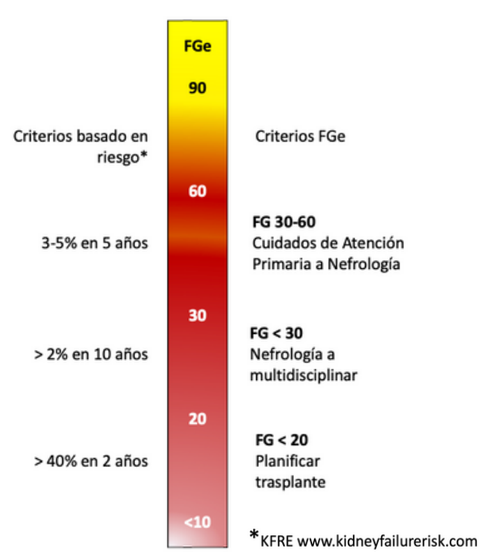
Riesgo creciente

Riesgo creciente

- Mortalidad global
- Mortalidad por causa CV
- ERT
- LRA
- ERC progresiva

*(Clasificación CGA) clasificar según causa (C), F.G. (G), grado Albuminuria (A); ayudan a determinar gravedad y riesgo.
Kidney International 2024 105S117-S314DOI: (10.1016/j.kint.2023.10.018)

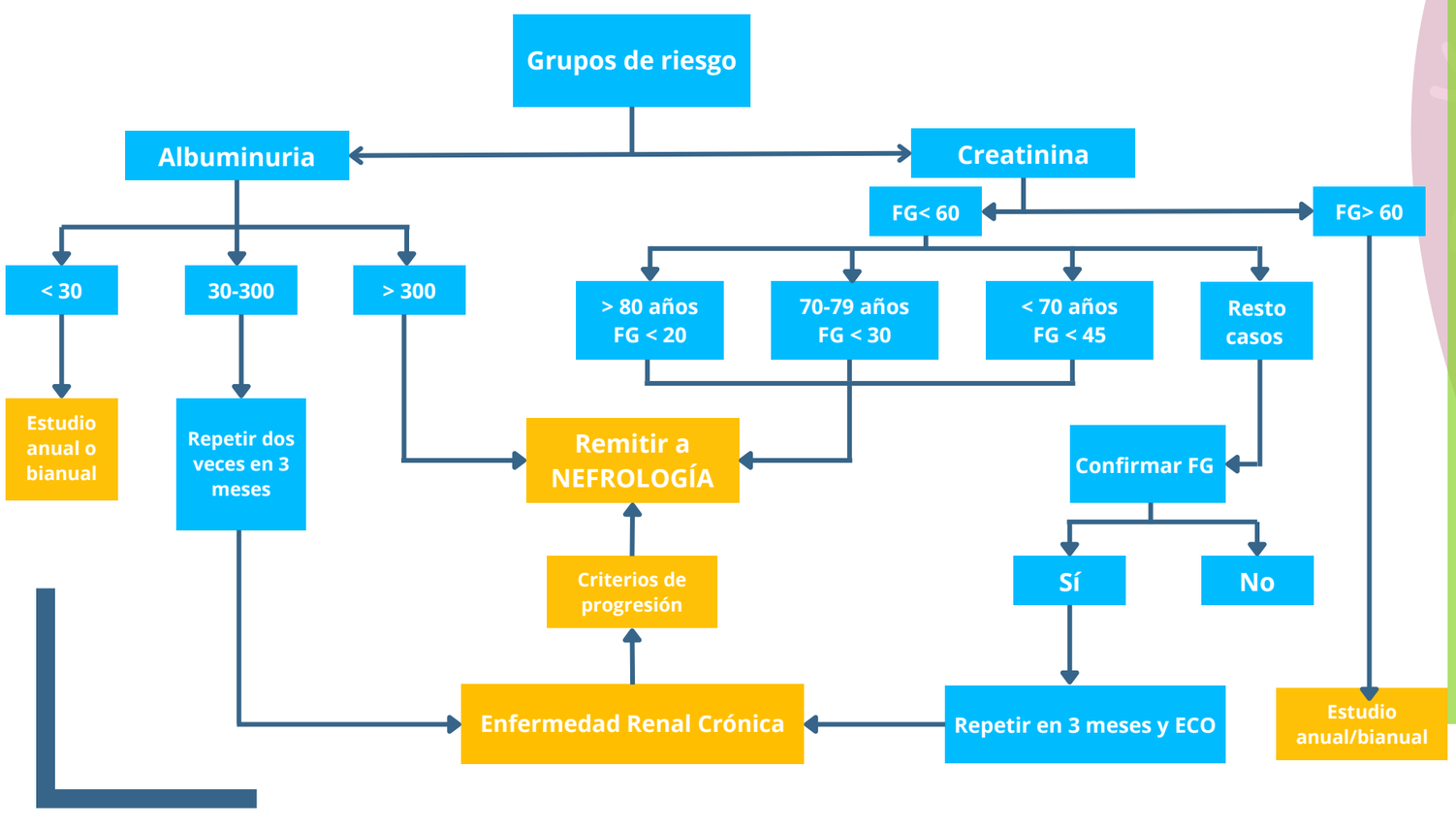
Ecuación de estimación del riesgo de requerir trasplante



Criterios de control y seguimiento

		Estadio de albuminuria		
Estadio ERC	FGe (ml/min)	A1 (< 30 mg/g)	A2 (30-300 mg/g)	A3 (> 300 mg/g)
1	> 90	1 si ERC	1 Trata y monitorizar	3 Trata y derivar
2	60-89	1 si ERC	1 Trata y monitorizar	3 Tratar y derivar
3a	45-59	≤ 1 Tratar y monitorizar	1-2 Tratar y monitorizar	3 Tratar y derivar
3b	30-44	1-2 Tratar y monitorizar	2-3 Tratar y monitorizar	3 Tratar y derivar
4	15-29	2-3 Tratar y derivar	2-3 Tratar y derivar	4 Tratar y derivar
5	< 15	4 Tratar y derivar	4 Tratar y derivar	≥ 4 Tratar y derivar

Los números indican visitas anuales | Control Atención Primaria | Control Nefrología



Criterios derivación Nefrología

Causa de ERC

- Causa de ERC incierta
- Enfermedad renal hereditaria
- Nefrolitiasis extensa recurrente

} • Evaluar y manejo basado en el diagnóstico

FGe/riesgo de trasplante renal

- > 3-5% riesgo de requerir TRS en 5 años (ecuaciones de riesgo validadas)
- FGe < 30 ml/min
- Caída del FGe > 20-30%

} • Preparación y planificación para el reemplazo renal

Albuminuria y hematuria microscópica

- CAC > 300mg/g en combinación con hematuria
- > 2 incrementos mantenidos en la albuminuria
- CAC > 700mg/g
- Células rojas urinarias, >20 hematíes/campo

} • Evaluación posterior y manejo

Otras

- ERC e HTA refractaria a tratamiento con 4 antihipertensivos
- Alteraciones persistentes del K+ sérico
- Acidosis, anemia, enfermedad ósea
- Malnutrición

} • Manejo de las complicaciones de ERC

Objetivos de tratamiento

Control de PA, con objetivo individualizado (< 140-120/80 mmHg). Utilizando iSRAA como primera elección

- Si hiperpotasemia, usar resinas de intercambio catiónico que permitan mantener el uso de iSRAA
- Si albuminuria usar iSRAA con independencia del nivel de PA
- Si no se logra el control de la albuminuria, se debe añadir finerenona en personas con diabetes.
- En pacientes con ERC sin diabetes tratar con dapagliflozina o empagliflozina si albuminuria > 200mg/g o antecedente de insuficiencia cardiaca. Valorar su uso en pacientes sin albuminuria

Control de la diabetes tipo 2

- Objetivo de HbA1c (< 6,5% para personas robustas, < 8% para ancianos frágiles)
- En pacientes con DM2 y FGe > 20 ml/min añadir un iSGLT2 (asociado a metfomina si FGe > 30ml/min)
- Si obesidad asociar arGLP1 si no se alcanza el objetivo

Control de la dislipemia

- Usar estatinas de alta potencia asociadas a ezetimibe
- Objetivo de LDL-c < 70 ml/dl si ERC G3
- Objetivo de LDL-c < 55 mg/dl si ERC G4 y G5 no en diálisis

Control de la anemia

- Descartar ferropenia (ferritina < 300 ng/ml e IST < 30%)
- Si Hb < 10mg/dl, remitir a Nefrología para valorar inicio de AEE-EPO

Control de alteraciones óseominerales

- Mantener niveles de vitamina D entre 20-30 ng/ml