

Anexo 4. Glosario

Los siguientes son algunos términos que son utilizados en esta GPC.

Albuminuria: La presencia de albúmina en la orina.

Análisis coste-efectividad: Diseño de estudio económico, en el que las consecuencias de diferentes intervenciones se miden en unidades de coste relativas a años de vida ganados, muertes evitadas, ataques al corazón evitados, casos detectados, etc.

Año de vida ajustado por calidad (QALY): Una medida de resultado que asigna un valor estandarizado (de 0 a 1) que corresponde a la calidad de vida durante un período de tiempo. El valor máximo de 1 corresponde a una salud óptima, y un valor de 0 corresponde a un estado de salud que se considera equivalente a la muerte. Un año de vida con salud máxima equivaldría a 2 años con un valor de salud estandarizado de 0,5.

Calidad de vida: se refiere al nivel de comodidad, disfrute, y la capacidad de realizar actividades diarias.

Coste incremental: El costo de una intervención menos el costo de una intervención alternativa.

Creatinina sérica: Un marcador endógeno que se elimina normalmente a través de los riñones. Un aumento de la creatinina en plasma indica una progresión de la enfermedad renal.

Desenlace: Medida de resultado tras una intervención terapéutica, preventiva o diagnóstica.

Evento adverso: Cualquier desenlace no deseado que ocurre tras una intervención aunque no implica necesariamente causalidad.

Hazard ratio: medida de efecto derivada de los análisis de supervivencia.

Hematuria: Presencia de sangre en la orina.

IECA: Un fármaco que inhibe la ECA (enzima convertidor de angiotensina), que es importante para la formación de angiotensina II. Los inhibidores de la ECA son utilizados para el control de la presión arterial y la insuficiencia cardíaca congestiva.

Intervalo de confianza (IC): Un rango que contiene el 95% de valores teóricos tras repetir un mismo experimento o estudio 100 veces. Da una estimación de la precisión del resultado.

Limitaciones metodológicas: Características del diseño o la presentación de informes de un estudio clínico, que son conocidas por estar asociadas con el riesgo de parcialidad o falta de validez. Cuando se informa de un estudio en esta guía como tener importantes limitaciones metodológicas, una recomendación no se ha derivado directamente de ella.

Meta-análisis: Técnica estadística para combinar los resultados de más de un estudio.

Odds ratio: Una medida de la efectividad del tratamiento derivada de dividir el número de personas en una muestra que presentan un evento por el número de personas que no lo presentan

Placebo: un sustituto inactivo y físicamente indistinguible para un medicamento o procedimiento, utilizado como comparador en los ensayos clínicos controlados.

Progresión de la ERC:

Aunque no existe una definición claramente establecida de progresión de ERC, las principales guías definen la progresión de la ERC como el descenso del TFG $> 5 \text{ mL/min/1,73 m}^2/\text{año}$ ó $> 10 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ en 5 años. Además, dichas guías recomiendan que para la interpretación de la tasa de progresión renal sea necesario considerar el TFG basal y la probabilidad de llegar a fallo renal (enfermedad renal terminal), basándose en la edad del paciente y la tasa de progresión.

- Tasa de progresión renal normal: $0,7\text{-}1 \text{ mL/min/1,73 m}^2/\text{año}$ a partir de los 40 años.
- Se puede considerar que un paciente presenta progresión renal: descenso del FG $> 5\text{mL/min/1,73 m}^2/\text{año}$ ó $> 10 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ en 5 años.
- Se deberá definir la progresión en base a dos vertientes:

Progresión a una categoría superior o más severo de deterioro de la función renal (estadio 1-5) o de albuminuria (<30 , $30\text{-}299$, $>300 \text{ mg/g}$).

Porcentaje de cambio respecto a la situación basal ($> 25 \%$ de deterioro en el FG) o más del 50% de incremento en el cociente albúmina/creatinina.

-Para la valoración de la progresión renal se recomienda la estimación del FG basal y la albuminuria, así como identificar aquellos factores de progresión renal. Ello indicará la frecuencia de determinación de sucesivos controles analíticos.

-Para asegurar la exactitud de la medición de la tasa de deterioro renal, se aconseja realizar dos **medidas del FG en un período no inferior a dos meses** y descartar una disminución debida a una enfermedad renal aguda o al inicio de tratamiento con fármacos que afectan a la hemodinámica glomerular (IECAs, ARA II, AINES).

En pacientes con un nuevo diagnóstico de ERC (por primera vez), repetir la estimación de la TFG en un periodo no inferior a tres meses para descartar deterioro renal agudo por factores exógenos (descartados factores exógenos - diarrea, vómitos, depleción por diuréticos- o cualquier fármaco que afecte la hemodinámica glomerular como IECAs, ARA II, inhibidores directos de la renina, diuréticos). Si la situación clínica lo indica, podría repetirse en un periodo inferior a tres meses.

En pacientes con ERC conocida, se sugiere medir FG y cociente albúmina/creatinina anualmente si presentan bajo riesgo de progresión, y más frecuentemente si presentan riesgo elevado de progresión.

Randomización: La asignación al azar de los participantes en un estudio de dos o más alternativas.

Riesgo relativo (RR): Una medida de la efectividad del tratamiento derivada de dividir la frecuencia de un evento en el grupo intervención por la frecuencia en el grupo control.