Preguntas para responder

Despistaje de enfermedad renal crónica

1. En población general adulta, con o sin factores de riesgo para el desarrollo de ERC, ¿qué estrategia de cribado para la detección de enfermedad renal crónica es más efectiva?
2. En personas con enfermedad renal crónica, ¿en qué situaciones se debe realizar una ecografía renal?

Medidas higiénico-dietéticas y sobre los estilos de vida

3. En personas con enfermedad renal crónica, ¿el ejercicio físico reduce la progresión de la enfermedad y el daño vascular?
4. En personas con enfermedad renal crónica, ¿la reducción de peso, reduce la progresión de la enfermedad y el daño vascular?
5. En personas con enfermedad renal crónica, ¿las dietas ricas en ácidos grasos omega 3 reducen la progresión de la enfermedad y el daño vascular?
6. En personas con enfermedad renal crónica (no diabéticos y diabéticos) ¿las dietas restrictivas en proteínas reducen la progresión de la enfermedad y daño vascular?
7. En personas con enfermedad renal crónica, ¿las dietas restrictivas en sodio reducen la progresión de la enfermedad y el daño vascular?
8. En personas con enfermedad renal crónica, ¿el cese del hábito tabáquico reduce la progresión de la enfermedad y el daño vascular?

Tratamiento farmacológico en la enfermedad renal crónica

9. En personas con enfermedad renal crónica ¿el tratamiento con fármacos inhibidores del enzima conversor de la angiotensina o antagonistas de los receptores de la angiotensina reducen la progresión de la enfermedad y el daño vascular?
10. En personas con enfermedad renal crónica que requieren tratamiento anti-hipertensivo, ¿se deben establecer cifras objetivo de presión arterial?
11. En personas con enfermedad renal crónica, ¿el tratamiento con estatinas, reducen la progresión de la enfermedad y el daño vascular?
12. En personas con enfermedad renal crónica, ¿el tratamiento con fármacos antiagregantes plaquetarios, reducen la progresión de la enfermedad y el daño vascular?

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Intervenciones educativas y herramientas de toma de decisiones compartidas

13. En personas con enfermedad renal crónica, ¿son eficaces las intervenciones o programas educativos?
14. En personas con enfermedad renal crónica que van a entrar en tratamiento sustitutivo renal, ¿es eficaz la inclusión de alguna herramienta para la toma de decisiones compartida?

Derivación asistencial

15. Las personas con enfermedad renal crónica, ¿se benefician de una derivación precoz a atención especializada?
16. En personas con enfermedad renal crónica, ¿qué características debe reunir un paciente para ser remitida a atención especializada?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica: su vigencia no ha sido revisada.

Niveles de evidencia y grados de recomendación

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE				
Diseño del estudio	**Calidad inicial de la evidencia**	**Disminuir la calidad si**	**Aumentar la calidad si**	**Calidad de la evidencia final**
Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	Alta	**Limitación en el diseño:** Importante **(-1)** Muy importante **(-2)** **Inconsistencia:** Importante **(-1)** Muy importante **(-2)** **Evidencia directa:** Importante **(-1)** Muy importante **(-2)** **Imprecisión:** Importante **(-1)** Muy importante **(-2)** **Sesgo de publicación:** Alta probabilidad **(-1)**	**Fuerza de asociación**: Evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 o <0,5 basado en estudios observacio-nales sin factores de confusión) **(+1)**. Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR>5 o <0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos) **(+2)**. **Gradiente dosis respuesta (+1)**. **Consideración de los posibles factores de confusión**: posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado **(+1)**.	Alta
				Moderada
Estudios observacionales	Baja			Baja
				Muy baja

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica: su vigencia no ha sido revisada.

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE		
Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes	**Clínicos**	**Gestores / Planificadores**
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían.	La mayoría de pacientes deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.
Implicaciones de una recomendación débil		
Pacientes	**Clínicos**	**Gestores / Planificadores**
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellas no.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el médico tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

Despistaje de la enfermedad renal crónica

DÉBIL	No se sugiere el cribado de enfermedad renal crónica en personas sin factores de riesgo.
DÉBIL	En los pacientes, mayores de 50 años, con hipertensión o diabetes, se sugiere determinar la presencia de enfermedad renal al menos en una ocasión e idealmente cada 3 a 5 años.
DÉBIL	Dependiendo de la disponibilidad de las pruebas se sugiere: - la determinación de albúmina con tiras reactivas. - la determinación analítica de albúmina en orina y/o la determinación de la tasa de filtrado glomerular.

Medidas higienico-dietéticas y sobre estilos de vida

Ejercicio físico

FUERTE	Se recomienda que las personas con ERC practiquen ejercicio de forma regular. El tipo e intensidad del ejercicio se valorará individualmente según las posibilidades físicas de cada paciente.

Reducción de peso

FUERTE	En los pacientes con ERC y obesidad, se recomienda fomentar la reducción de la ingesta calórica y de grasas con el objetivo de reducir peso.

Dietas ricas en ácidos grasos omega

DÉBIL	No se sugiere añadir suplementos de ácidos grasos omega 3 en la dieta de los pacientes con enfermedad renal crónica con el objetivo de reducir el daño vascular.
FUERTE	Se sugiere que los pacientes con enfermedad renal crónica reduzcan la ingesta de grasas de tipo saturado.

Dietas restrictivas en proteínas

Dietas restrictivas en proteínas en pacientes con ERC no diabéticos

DÉBIL	En los pacientes con ERC (estadios 4 y 5) no diabéticos, se sugiere fomentar la ingesta de dietas de restricción de proteínas (0,8 g/kg/d), con el fin de enlentecer la progresión de la enfermedad renal.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Dietas restrictivas en proteínas en pacientes con ERC y diabetes

DÉBIL	En los pacientes con ERC (estadios 4 y 5) con diabetes, se sugiere fomentar la ingesta de dietas de restricción de proteínas (0,8 g/kg/d), con el fin de enlentecer la progresión de la enfermedad renal.

Dietas restrictivas en sodio

DÉBIL	En pacientes con ERC y cifras de presión arterial elevadas, se sugiere un consumo de sal en la dieta de 4 a 6 g/día (de 1,6 a 2,4 g/día de sodio), una vez descartado que el paciente no presente un trastorno tubular con pérdida de sal.

Hábito tabáquico

FUERTE	En pacientes con ERC fumadores se recomienda la abstinencia o el abandono del hábito tabáquico así como evitar la exposición pasiva al tabaco.

Tratamiento farmacológico en la enfermedad renal crónica

Tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II)

IECA o ARA II frente a placebo

FUERTE	En pacientes con ERC que requieren un tratamiento anti-hipertensivo, tanto los inhibidores del enzima conversor de la angiotensina como los antagonistas del receptor de la angiotensina son fármacos de primera elección.
DÉBIL	En pacientes con ERC y proteinuria (>300 mg/24 h), se sugiere un tratamiento anti-hipertensivo basado en la inhibición del eje renina-angiotensina-aldosterona.
FUERTE	En los pacientes que presenten tos persistente no tolerada debido al tratamiento con inhibidores del enzima conversor de la angiotensina, se recomienda el uso de antagonistas del receptor de la angiotensina.

IECA frente ARA II

DÉBIL	En pacientes con ERC, con o sin diabetes, que requieren un tratamiento anti-hipertensivo basado en la inhibición del eje renina-angiotensina-aldosterona, se sugiere iniciar tratamiento con IECA frente a los ARA II.
FUERTE	En los pacientes que presenten intolerancia al tratamiento con inhibidores del enzima conversor de la angiotensina, se recomienda el uso de antagonistas del receptor de la angiotensina.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Diferentes combinaciones de IECA y ARA II

FUERTE	En pacientes con ERC no se sugiere la asociación de inhibidores de la enzima de la angiotensina y antagonista de los receptores de la angiotensina II.

Altas dosis de ARA II frente a bajas dosis de ARA II

DÉBIL	En pacientes con ERC que reciben tratamiento con antagonistas de los receptores de la angiotensina, se sugiere no incrementar las dosis si presentan un buen control de las cifras de presión arterial.

Establecimiento de cifras objetivo de la presión arterial

FUERTE	No se recomienda establecer unas cifras objetivo de presión arterial inferiores a 140/90 mm Hg en los pacientes con ERC.
DÉBIL	Se sugiere no alterar el tratamiento anti-hipertensivo en pacientes con cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mm Hg.

Tratamiento con estatinas

FUERTE	En pacientes con ERC con hipercolesterolemia y/o antecedentes vasculares, se sugiere el tratamiento con estatinas.
DÉBIL	En pacientes sin hipercolesterolemia o antecedentes vasculares, se sugiere un tratamiento con estatinas sólo en pacientes con ERC en fases avanzadas (estadios 4 y 5).
FUERTE	En los pacientes que se requiera un tratamiento con estatinas, se recomienda el uso de dosis bajas.

Tratamiento con antiagregantes plaquetarios

DÉBIL	En pacientes con ERC (estadios 1 a 4), sin antecedentes vasculares, se sugiere evaluar individualmente la introducción de un tratamiento antiagregante con el objetivo de reducir el riesgo de un evento vascular.
DÉBIL	En pacientes con ERC (estadio 5), sin antecedentes vasculares, se sugiere iniciar tratamiento antiagregante con las menores dosis posibles, con el objetivo de reducir el riesgo de un evento vascular.
DÉBIL	En los pacientes que se requiera un tratamiento antiagregante, se sugiere el uso de aspirina o de clopidogrel si el riesgo de sangrado es elevado.
FUERTE	En pacientes con ERC con antecedentes vasculares, se recomienda que el manejo del tratamiento antiagregante no difiera de los pacientes sin ERC que requieren prevención secundaria de eventos vasculares, con el objetivo de reducir el riesgo de un nuevo evento vascular.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Intervenciones educativas y herramientas de toma de decisiones compartidas

Intervenciones y programas educativos

FUERTE	Se recomienda proporcionar información detallada sobre la ERC, la adopción de los hábitos y estilos de vida saludables, así como las medidas de autocuidado necesarias para mejorar el conocimiento, el cumplimiento terapéutico y potenciar la colaboración del paciente en todo el proceso asistencial.
DÉBIL	Se sugiere que esta información, en pacientes con estadios avanzados de la enfermedad, se proporcione en el entorno de la consulta de ERC avanzada y por equipos multidisciplinares en estadios no avanzados de la enfermedad.

Herramienta de toma de decisiones compartidas

FUERTE	En los pacientes con ERC en estadio de fallo renal en los que se planteen diferentes opciones de diálisis, trasplante o tratamiento conservador se recomienda el uso de algún tipo de herramienta para la ayuda de la toma de decisiones compartidas.
DÉBIL	En los pacientes con ERC en los que se utilice algún tipo de herramienta para la ayuda de la toma de decisiones compartidas, se sugiere que se proporcione con tiempo suficiente y que aborde el impacto de las intervenciones propuestas sobre los estilos de vida del paciente y el impacto sobre la familia.

Derivación asistencial

Derivación precoz a atención especializada

FUERTE	Se recomienda remitir a un especialista en nefrología a todo paciente con ERC, antes de que presente un filtrado glomerular < 30 mL/min/1,73 m^2.
DÉBIL	Se sugiere remitir a un especialista en nefrología a todo paciente a partir del estadio 4 de la enfermedad. Los criterios de derivación deben individualizarse según el estadio de la enfermedad, la velocidad de la progresión, el grado de albuminuria y la comorbilidad asociada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.