

XIV

CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Abordaje multifactorial del paciente cardiorrenalmetabólico

M^a SAGRARIO PEREZ GARRACHON

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Miembro del GdT de Nefrourología de semFYC y de Socalemfyc.

Centro de salud Canterac, Valladolid



Declaración de actividades personales/profesionales

No existe ninguna actividad personal y/o profesional realizada en los 3 últimos años que pueda generar conflicto de intereses con esta actividad formativa.



Impacto de la obesidad/adiposidad en ERC (nefropatía por obesidad)

Obesidad: enfermedad multifactorial, crónica y compleja

EASO, 2019: “enfermedad crónica basada en la adiposidad”
(adiposity-based chronic disease o ABCD).

El aumento progresivo de la obesidad ➡ aumento en
la prevalencia de ERC.

Importancia epidemiológica de la ERC:

- elevada morbilidad y mortalidad
- repercusiones económicas y sociales
- afectación en la calidad de vida



Impacto de la obesidad/adiposidad en ERC (nefropatía por obesidad)

Factores de susceptibilidad	Factores iniciadores	Factores de progresión	Factores de estadio final
- Edad avanzada - Familia con ERC - Masa renal disminuida - Bajo peso al nacer - Raza negra - HTA - DM Obesidad - Nivel socioeconómico bajo	- Insuficiencia renal aguda - Enfermedad autoinmune - Infección sistémica (VHB, VHC, VIH, SARS-CoV-2) - Infecciones urinarias - Litiasis renal - Obstrucción de vías urinarias bajas - Fármacos nefrotóxicos - HTA - DM	- Proteinuria persistente - HTA mal controlada - DM mal controlada - ECV y tabaquismo Obesidad - Dislipemia - Raza negra o asiática - Toma crónica de AINE - Obstrucción del tracto urinario - Acidosis metabólica - FRA y nefrotoxicidad - Hospitalización por IC	- Dosis baja de diálisis - Acceso vascular temporal para diálisis - Anemia - Hipoalbuminemia - Derivación tardía a Nefrología - Calcificación vascular

ERC: enfermedad renal crónica; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; VHB: virus de hepatitis B; VHC: virus de hepatitis C; VIH: virus de inmunodeficiencia humana; SARS-CoV-2: coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; FRA: fracaso renal agudo; IC: insuficiencia cardiaca.



¿Qué hacer en AP?

- **Detección precoz de la persona con obesidad**
- **Evaluación clínica:**
 - **Grado de obesidad**
 - **Signos y síntomas de complicaciones:** Disnea, dificultad para realizar ejercicio, AOS, IUE, artrosis de rodilla, insuficiencia venosa crónica, HTA.
 - **Pruebas complementarias:** analítica sanguínea con SO, ECG, ecografía?
- **Intervención:**
 - Consejo de alimentación saludable y actividad física que tolere.
 - Apoyo psicológico y social
 - Derivación a Endocrinología



Diagnóstico de ERC

Presencia de uno de los 2 criterios siguientes:

Descenso de la TFGe (<60 mL/min/1,73 m²) persistente >3 meses.

Marcadores de daño renal (1 o más durante 3 meses).

- Albuminuria (≥ 30 mg/día o ≥ 30 mg/g en orina matutina) o proteinuria (≥ 150 mg/día o ≥ 150 mg/g en orina matutina).
- Alteraciones en análisis sistemático y sedimento urinario (pH, densidad, células, cilindros).
- Alteraciones electrolíticas sugestivas de tubulopatía.
- Anormalidades estructurales en pruebas de imagen.
- Alteraciones histológicas.
- Historia de trasplante renal.

CONFIRMAR



¿Deberíamos incorporar sistemáticamente albúmina/creatinina en orina en el cribado de pacientes de alto riesgo?

SI

- **Se recomienda cribado en mediante TFGe y CAC anual en:**
- Mayores de 60 años.
- Presencia de FRCV: HTA, DM, gota, síndrome metabólico.
- ECV establecida (CI, IC, arteriopatía periférica, enfermedad cerebrovascular).
- Familiares de 1º grado con ERC o enfermedades renales hereditarias.
- Alteraciones estructurales del tracto urinario, litiasis recurrente, obstrucción (HBP).
- Tratamiento crónico con nefrotóxicos.(AINEs, antirretrovirales)
- Infecciones crónicas. (VIH, VHByC, AReumatoide
- Enfermedades sistémicas (autoinmunes y neoplasia) con potencial daño renal.
- Episodio previo de fracaso renal agudo.



Estadialaje de la ERC

La ERC se clasifica en función de la causa, la categoría de TFG (G1-G5) y la categoría de albuminuria (A1-A3)

Pronóstico de la ERC por categorías de TFG y albuminuria: KDIGO 2024

				Categorías de albuminuria persistente		
				Descripción e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal o aumento leve <30 mg/g <3 mg/mmol	Aumento moderado 30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	Aumento grave >300 mg/g >30 mg/mmol
Categorías de TFGe (ml/min/1,73 m ²) 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			

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

- Bajo riesgo
- Riesgo moderado
- Alto riesgo
- Muy alto riesgo



Tratamiento de la ERC ¿por dónde empiezo?

Objetivos:

Enlentecer la progresión de la ERC, prevenir la enfermedad cardiovascular y sus complicaciones.

Tratar la enfermedad subyacente y los factores de progresión

A. Tratamiento no farmacológico





Tratamiento de la ERC ¿por dónde empiezo?

B. Tratamiento farmacológico

Individualizado según riesgo cardiovascular, renal y tolerancia

Las guías clínicas recomiendan cuatro grupos terapéuticos para mejorar los resultados renales y cardiovasculares por sus mecanismos complementarios:

iRAS
iSGLT2
GLP-1RA
ARM

Inicio secuencial, titulando dosis



Tratamiento de la ERC ¿por dónde empiezo?

Se recomienda iniciar **iSRA (IECA o ARA II)**:

G1-G4, A3 sin diabetes (NE1B)

G1-G4, A2 sin diabetes (NE2C)

G1-G4, A2 y A3 con diabetes (NE1B)

A1 con indicaciones específicas (HTA, IC)

Evitar combinación de iSRA en personas con ERC, con o sin diabetes (NE1B)

ERC temprana (estadio 1 a 3) sin DM, ni proteinuria significativa: Insuficiente evidencia sobre la eficacia de iSRA

Mantenerse en pacientes con eGFR <30ml/min/1,73m², si son bien tolerados

Interrumpir si hipotensión, hiperK no controlada a pesar del tto.o eGFR < 15ml/min con síntomas urémicos

Tratamiento de la ERC ¿por dónde empiezo?

XIV
CONGRESO DE
LA SEMFYC
MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



iSGLT2

En la ERC, reducen la mortalidad, los eventos renales y las hospitalizaciones por IC, con beneficio en todos los estadios, niveles de albuminuria y con o sin diabetes.

Tratar a todos los pacientes con DM2 con ERC (NE1A)

Mantener iSGLT2 incluso con $eGFR < 20 \text{ ml/min/1,73m}^2$, salvo intolerancia o inicio de TRS. Suspender si riesgo de cetosis.

Tratar a adultos con ERC y CAC en orina $\geq 200 \text{ mg/g}$ ($\geq 20 \text{ mg/mmol}$) sin DM

Tratar a adultos con ERC e IC, con independencia del nivel de albuminuria sin DM

Estudio DAPA-CKD: eficacia y seguridad a largo plazo y la seguridad del inhibidor de SGLT2, en pacientes con ERC, con o sin DM

Estudio EMPA-KIDNEY: disminuye el riesgo de progresión y de muerte en DM y en no DM, y la hospitalización por IC y por otra causa.

Agarwal A et al. BMJ. 2024;387:e080257. doi:10.1136/bmj-2024-080257 Karagiannidis AG et al. Eur J Clin Invest. 2025;55(2):e14335 Spiazzi BF et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2025;20(1):39-49. Shiao CH, et al. Int Urol Nephrol. 2024 Apr;56(4):1359-1381. Natale P et al. Cochrane Database Syst Rev. 2024;5(5):CD015588. doi:10.1002/14651858.CD015588.pub2. Neuen BL, et al. JAMA. 07, 2025. doi:10.1001/jama.2025.20834

Tratamiento de la ERC ¿por dónde empiezo?

GLP-1RA

ERC y DM2 que no hayan alcanzado objetivos glucémicos individualizados a pesar de metformina e iSGLT2 o que no pueden.(NE1B)

Usar GLP-1AR de acción prolongada (semaglutida, liraglutida, dulaglutida)

AMR

ERC y albuminuria (> 30 mg/g) persistente, con DM, eGFR ≥ 25 mL/min/1.73m² y K normal, a pesar de dosis máxima tolerada de iRAS (NE2A)

ERC en tto con iRAS + iSGLT2 para el tratamiento de la DM, se puede añadir un AMR

Finerenona: único ARM no esteroideo con evidencia de reducción de progresión renal y morbimortalidad CV en DM2 (eGFR 25- ≥ 60 mL/min, CACu 30- ≥ 300 mg/g)

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

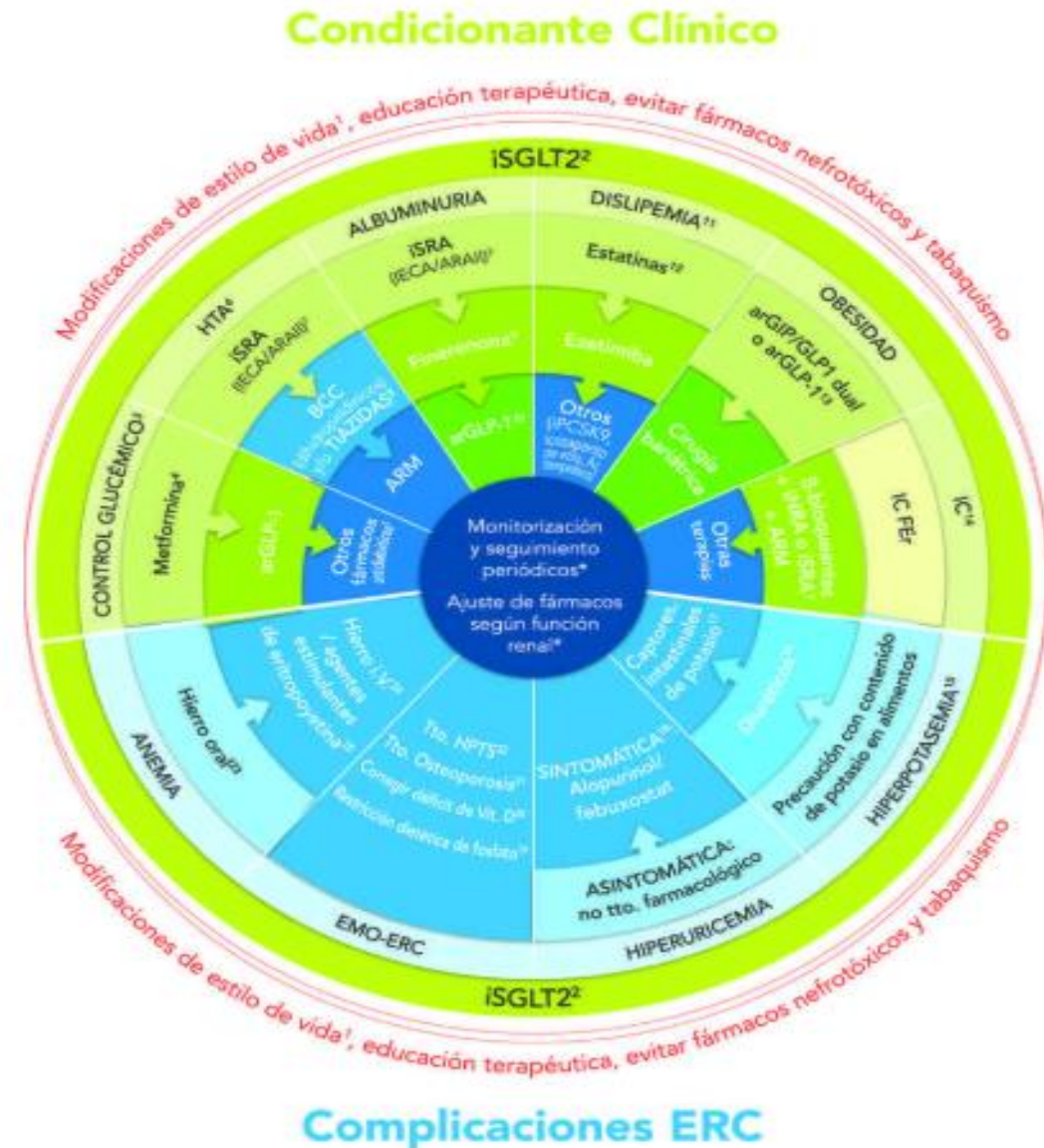
MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Tratamiento de la ERC ¿por dónde empiezo?

Algoritmo de tratamiento de la ERC en personas con DM2 por redGDPS 2024





Seguimiento

Atención compartida entre Atención Primaria y Nefrología.

Estadio ERC	FGe (ml/min/1,73 m ²)	Estadio de albuminuria		
		A1 (< 30 mg/g)	A2 (30-300 mg/g)	A3 (proteinuria) (> 300 mg/g)
1	> 90	No ERC a no ser de presentar hematuria, alteraciones en la imagen o en la anatomía patológica		
2	60-89			
3a	45-59		*	
3b	30-44			
4	15-29			
5	< 15			

- Remisión a Nefrología.
- Control por Atención Primaria.
- *Control por Atención Primaria monitorizando con mayor frecuencia (cada 3-6 meses). Remitir a Nefrología si presentan progresión en la albuminuria en dos controles consecutivos o cociente albúmina/creatinina cercano a 300 mg/g o si FGe entre 30-45 ml/min/1.73 m² en < 70 años.



¿Qué hacer en AP?

- **Detección precoz de factores de riesgo**
- **Evaluación clínica:** signos y síntomas de complicaciones (edemas, HTA)
- **Seguimiento** por médico y **enfermería**.
 - Control de FRCV (glucemia, HbA1c, lipidemia, FGe, CACU, iones, TA, ITB, IMC, perímetro cintura)
- Cumplimiento farmacológico.
- Actividades preventivas (vacunas)
- Consejo de alimentación saludable y actividad física que tolere.
- Apoyo psicológico y social
- Derivación a Nefrología