



Creatinina elevada o Filtrado glomerular estimado bajo Criterios de derivación al especialista de Nefrología

Rafael Marín. Enero, 2009

1- Para evaluar la función renal debe solicitarse creatinina sérica, filtrado glomerular estimado (FGe) por la ecuación abreviada del estudio MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*), sistemático de orina y cociente albúmina/creatinina (mg/g) en una muestra de orina. Existe insuficiencia renal crónica cuando el FGe por la ecuación del MDRD es < 60 ml/min/1,73 m². En sujetos > 70 años este valor tiende a disminuirse a < 45 ml/min/1,73 m².

2- Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica según la Guía (NKF- KDOQI) *The National Kidney Foundation- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*

Estadio	Descripción	FGe (ml/min/1,73 m ²)
1	Daño renal * con FGe normal	≥ 90
2	Daño renal * con FGe ligeramente disminuido	60 - 89
3	Descenso moderado del FGe	30 - 59
4	Descenso grave del FGe	15 - 29
5	Fallo renal	< 15 ó diálisis

* Daño renal. Comprende: alteraciones histológicas en la biopsia renal; alteraciones analíticas en la orina, como microalbuminuria (cociente albúmina/creatinina > 30 mg/g), proteinuria (corresponde a un cociente albúmina/creatinina > 300 mg/g) ó microhematuria no urológica; alteraciones de imagen (por ejemplo, riñones poliquísticos en la ecografía renal); también se incluyen los sujetos con trasplante renal.

3- Los pacientes con edad ≥ 70 años y FGe 30-60 ml/min/1,73 m² tienen un elevado riesgo de morbimortalidad cardiovascular y un bajo riesgo de enfermedad renal terminal. El descenso de la función renal es en la mayoría de los casos secundaria a nefropatía vascular. En la mayor parte de los pacientes no se producirá una progresión significativa de la insuficiencia renal.

4- Dichos pacientes, no deben ser necesariamente derivados al Especialista de Nefrología. La posible derivación tendrá en cuenta: edad, comorbilidad vascular, cifra de creatinina y de FGe previos y su grado de progresión. También, grado de microalbuminuria asociada y presencia de microhematuria no urológica.



Criterios de derivación al especialista de Nefrología*

- 1) Todos los casos con FGe < 30 ml/min/1,73 m² (estadios 4 y 5).
Debe realizarse con carácter preferente/urgente.
Suele corresponder a creatinina sérica $\geq 2,0 - 2,5$ mg/dl.
- 2) Todos los casos con cociente albúmina/creatinina > 500 mg/g o con microhematuria persistente de causa no urológica (descartadas causas tumorales y litiasis)
- 3) Pacientes con estadio 3 en los que se compruebe un incremento rápido de la creatinina sérica:
 - $> 0,5$ mg/dl en los controles sucesivos.
 - > 1 mg/dl en un mes.
- 4) Edad < 70 años y creatinina sérica $> 1,5$ mg/dl o FGe < 45 ml/min/1,73 m².
- 5) Edad < 70 años y FGe 45-59 ml/min/1,73 m², si presentan anemia (Hb < 11 g/dl) tras corregir posible ferropenia.
- 6) En pacientes diabéticos con cociente albúmina/creatinina > 300 mg/g, pese a un control adecuado de la presión arterial

FGe: filtrado glomerular estimado

* Adaptado Documento de Consenso SEN-semFyc (Alcázar et al. *Nefrología* 2008).

Considerar la derivación si creatinina sérica 1,5 – 1,9 mg/dl y/o FGe < 45 ml/min/1,73 m² y no se conocen cifras previas para evaluar la progresión.

Los casos no incluidos en estos epígrafes se pueden controlar exclusivamente en atención primaria o hacerlo, ocasionalmente, de forma conjunta con el especialista.

En los pacientes no derivados se repetirán, cada 6-12 meses, las determinaciones de creatinina sérica, FGe y microalbuminuria. Se evitarán los fármacos nefrotóxicos tales como los AINES. Diez días después de instaurar un tratamiento con IECA o ARA II debe solicitarse creatinina y potasio sérico. Si se produce un incremento de la creatinina $> 30\%$ ó del K $> 5,6$ mEq/l se suspenderá el fármaco y se enviará el paciente al especialista de Nefrología.



Bibliografía

- 1) Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, y cols.: National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med* 2003; 139: 137-47.
- 2) Alcázar R, Egocheaga MJ, Orte L, Lobos JM, González Parra E, Alvarez Guisasola F et al. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2008; 28: 273-282.
- 3) Hallan SI, Dahl K, Oien CM, Grootendorst DC, Aasberg A, Holmen J et al. Screening strategies for chronic kidney disease in the general population: follow-up of cross sectional health survey. *BMJ* 2006; 333: 1047-50
- 4) MacGregor MS. How common is early chronic kidney disease? A background paper prepared for the UK Consensus Conference on early chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22 (Suppl 9):ix8-ix18.
- 5) Vassalotti JA, Stevens LA, Levey AS. Testing for chronic kidney disease: a position statement from the National Kidney Foundation. *Am J Kidney Dis* 2007; 50: 169-80
- 6) Levin A, Hemmelgarn B, Culeton B, Tobe S, McFarlane P, Ruzicka M et al; for the Canadian Society of Nephrology. Guidelines for the management of chronic kidney disease. *CMAJ* 2008; 179:1154-1162