P-123

RUTA CRM-AP 360º: PROGRAMA DE CRIBADO PROACTIVO, ESTRATIFICACIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME CARDIORRENAL-METABÓLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Daniel Puente López[1], Raquel Flores Santos[1]

[1] *C.S. La Palomera - León II. León*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome cardio-renal-metabólico (CRM) describe un continuo de riesgo que integra adiposidad disfuncional, factores de riesgo metabólicos, enfermedad renal crónica (ERC) y enfermedad cardiovascular (ECV), con un pronóstico claramente peor que cada patología abordada de forma aislada. En este contexto, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye uno de los núcleos principales del CRM, al asociarse con obesidad visceral, resistencia a la insulina, inflamación crónica y activación de sistemas neurohormonales que potencian el daño cardiovascular y renal. Sin embargo, en Atención Primaria el abordaje sigue siendo fragmentado y se infrautilizan herramientas clave para la población diabética, como el cribado sistemático de albuminuria mediante cociente albúmina/creatinina (CACo) y la optimización de fármacos cardiorrenoprotectores (iSGLT2, agonistas GLP-1 o finerenona).

Ruta CRM-AP 360º nace para transformar este modelo reactivo en un enfoque proactivo, estructurado y tecnológico, centrado en la persona con diabetes dentro del continuo CRM. Sus objetivos principales son: aumentar hasta al menos el 80% la determinación anual de CACo y tasa de filtrado glomerular (TFGe) en pacientes con DM2 y/o hipertensión arterial (HTA); registrar el estadio CRM (0-4) en al menos el 70% de la población diana de 40 a 89 años con factores de riesgo; y elevar en un 30% relativo el uso de iSGLT2, aGLP-1 y finerenona en pacientes diabéticos y/o con ERC en estadios CRM 2-4 con indicación según guías. Además, persigue implantar un circuito de interconsulta virtual CRM con Cardiología, Nefrología y Endocrinología, logrando que al menos el 70% de las derivaciones de pacientes en estadios CRM 3-4 se realicen siguiendo un protocolo consensuado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un programa de implementación organizativa en Atención Primaria con horizonte temporal de 24 meses. La población diana incluye pacientes de 40-89 años con IMC ≥ 27 kg/m² y/o perímetro de cintura elevado, así como personas con DM2, HTA, dislipemia o ECV. El proyecto se estructura en cuatro fases: diseño y adaptación local; formación y puesta en marcha del cribado; pilotaje intensivo y ajuste; y extensión, consolidación y evaluación final.

El núcleo metodológico es el cribado proactivo del cupo mediante listados de riesgo generados desde la historia clínica electrónica. Los pacientes identificados son citados para medición de perímetro de cintura, peso y presión arterial, junto con solicitud protocolizada de analítica con TFGe, CACo, perfil lipídico y HbA1c, incorporando NT-proBNP en función del riesgo. Se diseña una plantilla específica en la historia clínica, con campos para datos biométricos y analíticos, estadio CRM y tratamiento cardioprotector, así como reglas de decisión integradas para indicar diferentes posibilidades de tratamiento. Enfermería asume el rol de gestión, realizando consultas programadas de cribado y seguimiento según estadio CRM, con énfasis en educación en dieta mediterránea, actividad física y adherencia terapéutica. Paralelamente, se establece un circuito de interconsultas CRM consensuado con Cardiología, Nefrología y Endocrinología, incorporando estadio CRM, biomarcadores cardiorrenales y optimización terapéutica.

RESULTADOS

Los resultados se medirán mediante indicadores de proceso y de resultado extraídos periódicamente de la historia clínica electrónica. Se prevé aumentar de forma significativa la proporción de pacientes con DM2 y/o HTA con CACo y TFGe registrados, el porcentaje de personas con diabetes estratificadas por estadio CRM y el uso efectivo de iSGLT2, aGLP-1 y finerenona. Se espera que la combinación de cribado sistemático, junto con la intensificación del tratamiento, se traduzca en una detección más precoz de ERC y daño vascular, mejor control de factores de riesgo y reducción de hospitalizaciones y eventos mayores en pacientes con diabetes.

CONCLUSIONES

Ruta CRM-AP 360 propone un cambio profundo en el modelo asistencial de AP, pasando de una atención

fragmentada a una visión integrada del continuo CRM, donde la diabetes se aborda como parte de un eje cardio-renal-metabólico con riesgo multiplicativo. La adopción explícita del paradigma CRM por estadios, el cribado proactivo basado en adiposidad y daño renal temprano, y la creación de plantillas estructuradas con reglas de decisión facilitan un manejo más temprano y preciso del paciente diabético, reforzando el uso de terapias cardioprotectoras con evidencia robusta.

El papel de enfermería como gestora CRM y la implantación de circuitos de teleconsulta multidisciplinar aportan continuidad asistencial, disminuyen la variabilidad clínica y mejoran la coordinación funcional Atención Primaria - Hospitalaria, generando un lenguaje común. Ruta CRM-AP 360 ofrece una oportunidad de alto impacto para mejorar la detección precoz, la estratificación de riesgo y el manejo integral de la persona con diabetes en Atención Primaria, contribuyendo a reducir morbimortalidad cardiovascular y renal en este grupo de pacientes.

CÓMO CITAR

Puente López D, Flores Santos R. RUTA CRM-AP 360º: PROGRAMA DE CRIBADO PROACTIVO, ESTRATIFICACIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME CARDIORRENAL-METABÓLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):123-124. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4