

1 Este protocolo aplica para personas mayores de 18 años. No aplicarlo en personas embarazadas o con sospecha de lesión renal aguda (LRA).

Interrogar a todo paciente la presencia de factores de riesgo para ERC:

- Diabetes tipo 2 (DT2), hipertensión arterial (HAS), obesidad, edad mayor de 60 años, tabaquismo, antecedentes familiares de ERC.
- Enfermedad cardiovascular, enfermedades autoinmunes, uso de nefrotóxicos [aminoglucósidos, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)], obstrucción urinaria.



2 DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO

- La ERC se define como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal durante más de 3 meses.
- Para su diagnóstico: medir presión arterial y realizar creatinina sérica, examen general de orina y relación albúmina/creatinina en muestra aislada.
- En caso de albuminuria, descartar causas transitorias (infección urinaria, fiebre, menstruación, ejercicio intenso). Repetir en tres meses.



3 CLASIFICACIÓN

Riesgo de progresión de enfermedad renal o muerte cardiovascular

Riesgos considerados: avance de enfermedad renal, ingreso a terapia de reemplazo renal, evento renal agudo y mortalidad cardiovascular a un año de seguimiento.

Clasificación y pronóstico de la enfermedad renal crónica		Categorías de albuminuria persistente		
		A1	A2	A3
Grado	TFGe (mL/min)	<30 mg/g	30-300 mg/g	>300 mg/g
G1	90	Evaluar y Vigilar	Tratar	Tratar y/o Referir*
G2	60-89	Evaluar y Vigilar	Tratar	Tratar y/o Referir*
G3a	45-59	Tratar	Tratar	Tratar y/o Referir*
G3b	30-44	Tratar y Referir	Tratar y Referir	Tratar y Referir
G4	15-29	Tratar y Referir	Tratar y Referir	Tratar y Referir
G5	<15	Referir	Referir	Referir

Verde, bajo (sin otros marcadores de enfermedad renal no hay ERC); Amarillo, moderadamente aumentado; Naranja, alto; Rojo, muy alto.

*Tratar en caso de ERC por diabetes hasta estadio 3b. Referir desde G1A2 o G1A3 en caso de sospecha de ERC de otro origen o en cualquier caso G4 y G5.

4 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO - ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Evitar el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.

Mantener un peso saludable.

Alimentación:

- Aconsejar dietas saludables (mayor consumo de frutas y verduras y menos alimentos ultraprocesados).
- Proteína en la dieta recomendada 0.8 g/kg de peso/día. En adultos mayores con fragilidad o baja masa muscular, considere más proteína y calorías en dieta. Evitar la ingesta elevada de proteínas (>1.3 g/kg de peso/día).
- Ingestión de sodio <2 g/día (5 g de cloruro de sodio al día).
- Cuando sea una opción disponible, referir con especialista en nutrición.



5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



En cada consulta evaluar metas, fármacos recibidos y su posible toxicidad y adecuar dosis de acuerdo con la TFGe.

META: Presión arterial sistólica <120 mmHg si es tolerada y segura.

Con albuminuria (RAC >30 mg/g)

Sin HAS ni DT2: Siempre y cuando sea tolerado iniciar antagonistas de receptor de angiotensina 2 (ARA2) o inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA), vigilancia estrecha e intensificar cada 4 semanas hasta dosis máxima tolerada o permitida.

Con HAS:

- Seguir PRONAM de HAS para lograr meta de presión arterial
- ARA2 o IECA a dosis mínimas iniciales y aumentar c/4 semanas hasta máxima dosis tolerada o permitida



PRONAM
Hipertensión Arterial
Sistémica.

Con DT2:

- Seguir PRONAM de DT2 para lograr meta de HbA1c
- Primera línea en DT2: metformina e inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2)
- ARA2 o IECA a dosis mínimas iniciales y aumentar cada 4 semanas hasta la máxima dosis tolerada o permitida



PRONAM
Diabetes Tipo 2 y
Síndrome metabólico.

Importante:

- Evitar AINES, aminoglucósidos, herbolaria y otros nefrotóxicos
- Suspender metformina cuando TFGe <30 mL/min
- No iniciar iSGLT2 si TFGe <20 mL/min
- Antes de iniciar o aumentar dosis:
 - Evaluar adherencia, K⁺ sérico y TFGe
 - En estadio 3a y b, si K⁺ 6.0-6.4 mEq/L o disminución de TFGe >30%, regresar a dosis previa y consultar a nefrología. Si K⁺ ≥6.5 suspenda medicamento, realice electrocardiograma, inicie tratamiento y derive urgentemente a hospital
- NO USO combinado de ARA2+IECA

Criterios para referencia a 2do o 3er nivel de atención

Relacionadas a la causa

- Causa no clara de ERC o sospecha de causa hereditaria
- Nefrourolitiasis extensa o repetitiva

Relacionadas a la TFGe o riesgo de terapia de reemplazo renal

- ERC G3b-G5 o A3 independientemente de la TFGe
- En personas con diabetes referir a partir de estadio G4
- Disminución anual de la TFGe >5 mL/min/1.73m² (progresor rápido)

Relacionadas a la albuminuria/hematuria

- Hallazgo persistente de RAC >300 mg/g con hematuria
- Hallazgo persistente de RAC >300 mg/g pesar de tratamiento con IECA/ARA2 e iSGLT2
- Cilindros hemáticos urinarios o eritrocitos >20 por campo de alto poder sin explicación

Otros

- ERC e hipertensión arterial resistente con 4 antihipertensivos
- Alteraciones persistentes del potasio sérico (>5.5 o <3.5 mEq/L)
- Acidosis metabólica (bicarbonato o CO₂- total <18.0 mEq/L)
- ERC estadio 3b en adelante con presencia de anemia (Hb <10.0 g/dL)
- Alteraciones del metabolismo fosfo-cálcico (calcio alto o bajo así como fósforo o parathormona alta)
- Alteraciones en estudios de imagen (múltiples quistes, riñón único, asimetría renal significativa)
- Evento renal agudo o nefrotoxicidad no resuelta

Seguimiento

En cada consulta solicitar: TFGe, RAC, electrolitos séricos (Na⁺, K⁺, Cl⁻; y CO₂- total si disponible), urianálisis; HbA1c en personas con DT2 dependiendo del control glucémico.

Anualmente, búsqueda de complicaciones: biometría hemática, ácido úrico, lípidos (Col, HDL, LDL, triglicéridos), Ca, P y fosfatasa alcalina total en suero.

- G1 a G3 con RAC < 300 mg/g: consulta cada 6 meses en Primer Nivel de Atención
- G3b a G5 o RAC > 300 mg/g: consulta cada 3 meses en Nefrología o Medicina interna, si no está disponible

Inmunizaciones

- G1 a G5 deben recibir vacunas contra Influenza, Neumococo, SARS CoV-2 y Hepatitis B

