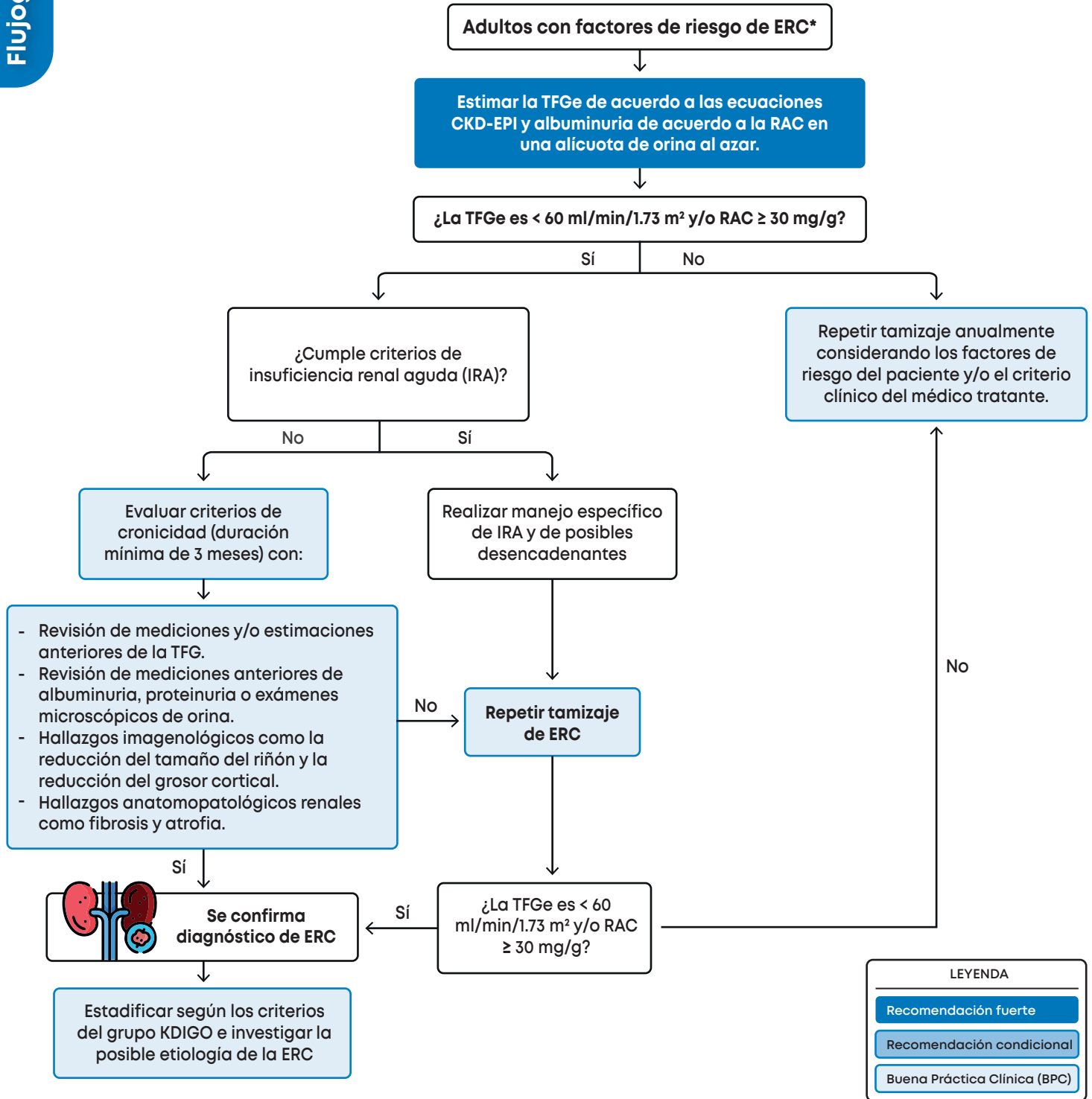


Tamizaje y diagnóstico de pacientes con ERC



*Considerar realizar tamizaje a: Adultos mayores de 55 años, aquellos con hipertensión, diabetes, obesidad, aquellos con antecedente de IRA, enfermedades cardiovasculares, obesidad, enfermedades que alteren la estructura renal o el tracto urinario, enfermedades multisistémicas con potencial daño renal, historia de preeclampsia, historia familiar de falla renal, presencia de hematuria de posible origen glomerular, escenarios laborales con potencial daño renal (por ejemplo, exposición a pesticidas, deshidratación).

ERC: Enfermedad renal crónica; RAC: Relación albúmina-creatinina; TFG: tasa de filtración glomerular.

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Guía de práctica clínica para el Tamizaje, Diagnóstico y Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. Guía en versión corta. Lima: EsSalud; 2025. Disponible en: <https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/>

Monitoreo y referencia de pacientes con ERC

Monitoreo y referencia a especialista en nefrología de pacientes con ERC

| Estadio | | Categorías de albuminuria de acuerdo a RAC en orina (expresado en mg/g) | | |
|--|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | | A1 (<30): Normal o aumento leve | A2 (30-300): Aumento moderado | A3 (>300): Aumento severo |
| Categorías de TFGe (ml/min/1.73 m ²) | G1 (≥90): Normal o Alto | No ERC (0 a 1 vez por año para <i>screening</i>) | Monitorear 1 vez al año * | Monitorear al menos 1 vez al año † |
| | G2 (60-89): Reducción leve | | Monitorear 1 vez al año * | Monitorear al menos 1 vez al año † |
| | G3a (45-59): Reducción leve-moderada | Monitorear 1 vez al año * | Monitorear 1 vez al año * | Monitorear al menos 2 veces al año † |
| | G3b (30-44): Reducción moderada-severa | Monitorear 1 a 2 veces al año † | Monitorear 2 veces al año † | Monitorear al menos 2 veces al año ‡ |
| | G4 (15-29): Reducción severa | Monitorear 2 veces al año ‡ | Monitorear 2 veces al año ‡ | Monitorear 3 veces al año ‡ |
| | G5 (<15): Falla renal | Monitorear 4 veces al año ‡ | Monitorear al menos 4 veces al año ‡ | Monitorear al menos 4 veces al año ‡ |

Fuente: adaptado de NICE NG203 2021, disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng203>

TFGe: Tasa de filtración glomerular estimada, calculada mediante la ecuación CKD-EPI creatinina [Ver pregunta N° 2], **Albuminuria:** Excreción urinaria de albúmina obtenida mediante relación albuminuria-creatinuria (RAC) [Ver pregunta N° 3]

* Realizar el monitoreo y manejo en atención primaria

† Realizar el monitoreo y manejo en atención primaria. Referir al especialista en nefrología cuando presenten alguno de los criterios de referencia [Ver pregunta N° 4]

‡ Referir al especialista en nefrología.

Nota: Queda a criterio clínico realizar un menor o mayor número de controles de TFGe y albuminuria teniendo en cuenta los factores de riesgo de progresión del paciente (hipertensión arterial o diabetes mellitus con mal control, cambio en el rango de albuminuria, disminución rápida de la TFGe o nivel de TFGe).

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Guía de práctica clínica para el Tamizaje, Diagnóstico y Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. Guía en versión corta. Lima: EsSalud; 2025. Disponible en: <https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/>

Manejo no farmacológico y farmacológico de pacientes con ERC

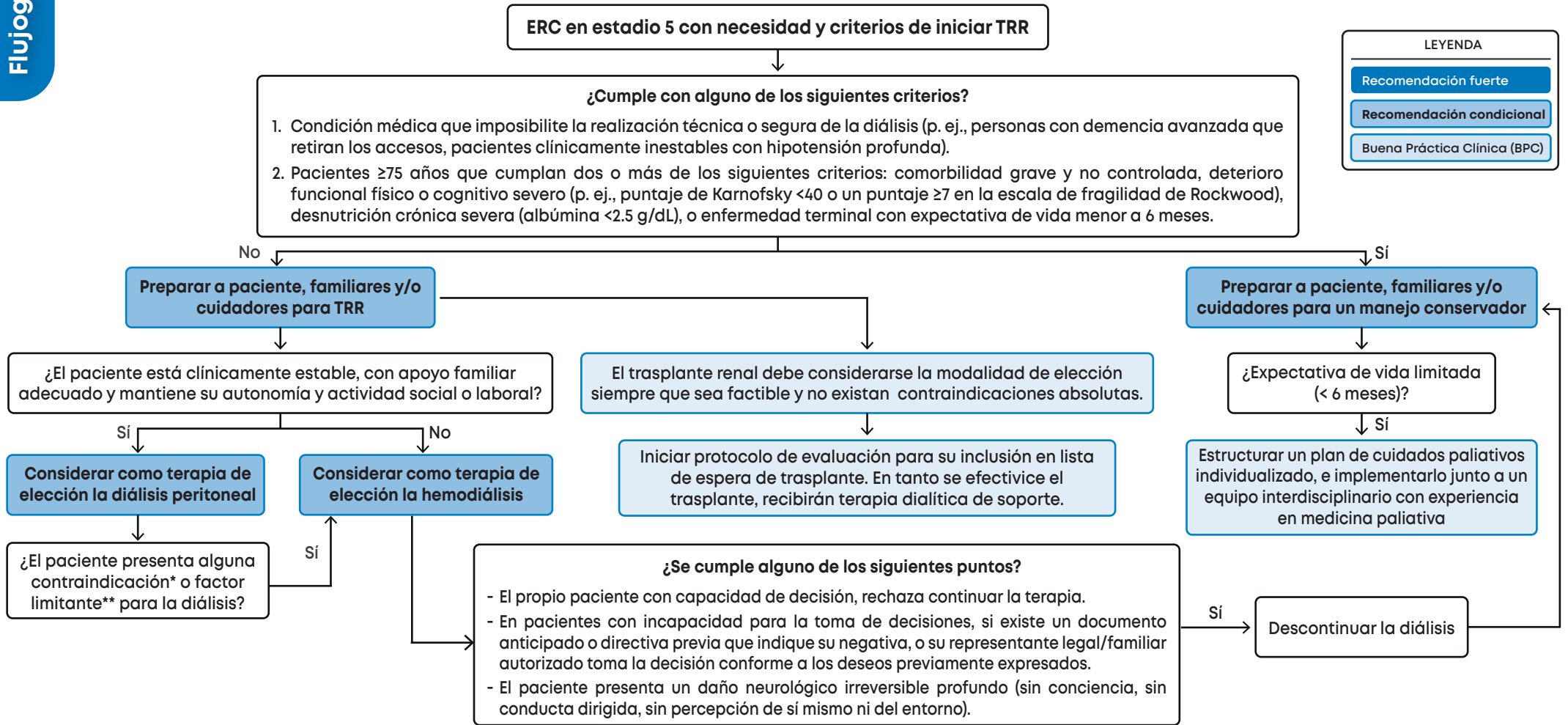
| Clasificación del estadio de ERC según KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) | | | | | |
|--|---|----|---|--|----|
| Intervenciones | G1 | G2 | G3 | G4 | G5 |
| Manejo interdisciplinario | Brindar un manejo interdisciplinario: medicina (nefrología, médico internista, médico de familia, o médico general), enfermería, nutrición, psicología y trabajo social. | | Brindar un manejo interdisciplinario conformado por todos los siguientes profesionales: nefrología, enfermería, nutrición, psicología y trabajo social. | | |
| Intervenciones educativas | Brindar intervenciones educativas que incluya: conocimiento de la enfermedad, opciones de manejo, autocuidado y monitoreo de comorbilidades, nutrición, promoción de estilos de vida, complicaciones, tratamientos futuros en caso de progresión (TRR: trasplante, hemodiálisis, diálisis peritoneal) y cuidado de vías y accesos. | | | | |
| Intervenciones psicosociales | Especialmente en aquellos en estadios avanzados, brindar intervenciones psicosociales como la terapia cognitivo conductual u otras estrategias de afrontamiento y modificación de conductas que permitan afrontar la ansiedad, depresión, estrés, fatiga y/o el miedo. | | | | |
| Manejo de la dislipidemia | Individualizar el manejo según el perfil de riesgo cardiovascular. | | Brindar estatinas con el objetivo de reducir el colesterol LDL < 70 mg/dL para estadio G3, < 55 mg/dL para estadio G4 y G5 | | |
| Estilos de vida | Optimizar el estado nutricional, promover el cese del tabaquismo, fomentar el consumo adecuado de fibra dietética, regular la ingesta de sodio y potasio, e incentivar la práctica regular de ejercicio físico, con el fin de reducir el riesgo de progresión de la ERC y de eventos cardiovasculares. | | | | |
| Diabetes e hipertensión | En adultos con ERC y diabetes mellitus, sugerimos evitar metas de glicemia estrictas (HbA1c < 7%), siendo preferible individualizar objetivos en cada paciente. En adultos con ERC e hipertensión arterial, sugerimos un control intensivo de la presión arterial (PAS ≤ 130 mmHg, PAD ≤ 80 mmHg), siempre que estas metas sean toleradas. | | | | |
| Nutrición | Mantener una ingesta de 0.8 a 1.1 g de proteína/kg de peso corporal/día, priorizando el consumo de proteínas de alto valor biológico. Siendo preferible usar cartillas nutricionales para el cumplimiento adecuado de estos valores. Asimismo, evitar un consumo elevado de proteínas (>1.3 g de proteína/kg de peso corporal/día) en pacientes con riesgo de progresión. | | | | |
| IECAs / ARA-II | En pacientes con ERC G1 a G4 con albuminuria (categorías A2 a A3), brindar IECA o ARA-II a dosis máximas toleradas. | | | | |
| Inhibidores SGLT2 | En pacientes con ERC y DM2 por otra etiología con TFGe >20 mL/min/1.73 m ² y RAC ≥200 mg/g | | | Para iniciar su uso, debe tomar un IECA / ARA-II a dosis máximas toleradas | |
| Finerenona | En pacientes con DM2 y ERC G3 y G4 (TFGe ≥ 25 mL/min/1.73 m ²) con albuminuria persistente (RAC ≥ 30 mg/g) | | | Para iniciar su uso, debe tomar un IECA / ARA-II a dosis máximas toleradas + un iSGLT2 | |
| Complicaciones | Realizar manejo individualizado de acidosis metabólica, anemia y trastornos minerales óseos. | | | | |

LEYENDA: Recomendación fuerte Recomendación condicional Buena práctica clínica

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Guía de práctica clínica para el Tamizaje, Diagnóstico y Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud; 2025. Disponible en: <https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/>

Elección inicial del tipo de terapia para pacientes con ERC en estadio 5 con necesidad y criterios de iniciar TRR permanente



*Considerar como contraindicaciones absolutas: presencia de enfermedad abdominoperitoneal que impida el procedimiento (p. ej., resecciones intestinales extensas, diverticulitis activa, hernias no corregibles, abscesos abdominales, enfermedad intestinal isquémica, prótesis derivativas o valvulopatías). Además, como contraindicaciones relativas: ostomías, gastroparesia diabética, enfermedad renal poliquística, múltiples cirugías abdominales previas, obesidad mórbida o enfermedad pulmonar grave.

**Considerar como factores limitantes de diálisis peritoneal: peritoneo no funcional, condiciones psicosociales que comprometan la adherencia, limitaciones físicas o mentales que impidan la técnica, ausencia de apoyo familiar o inadecuadas condiciones domiciliarias para el procedimiento.

NOTA: La decisión de suspender la TRR y/o iniciar un manejo conservador debe adoptarse mediante un proceso estructurado de toma de decisiones compartida que incluya al paciente, su familia y el equipo clínico. Siempre que sea posible, estas decisiones deben tomarse en un marco de comunicación clara, respetuosa e interdisciplinaria, considerando el bienestar general del paciente.