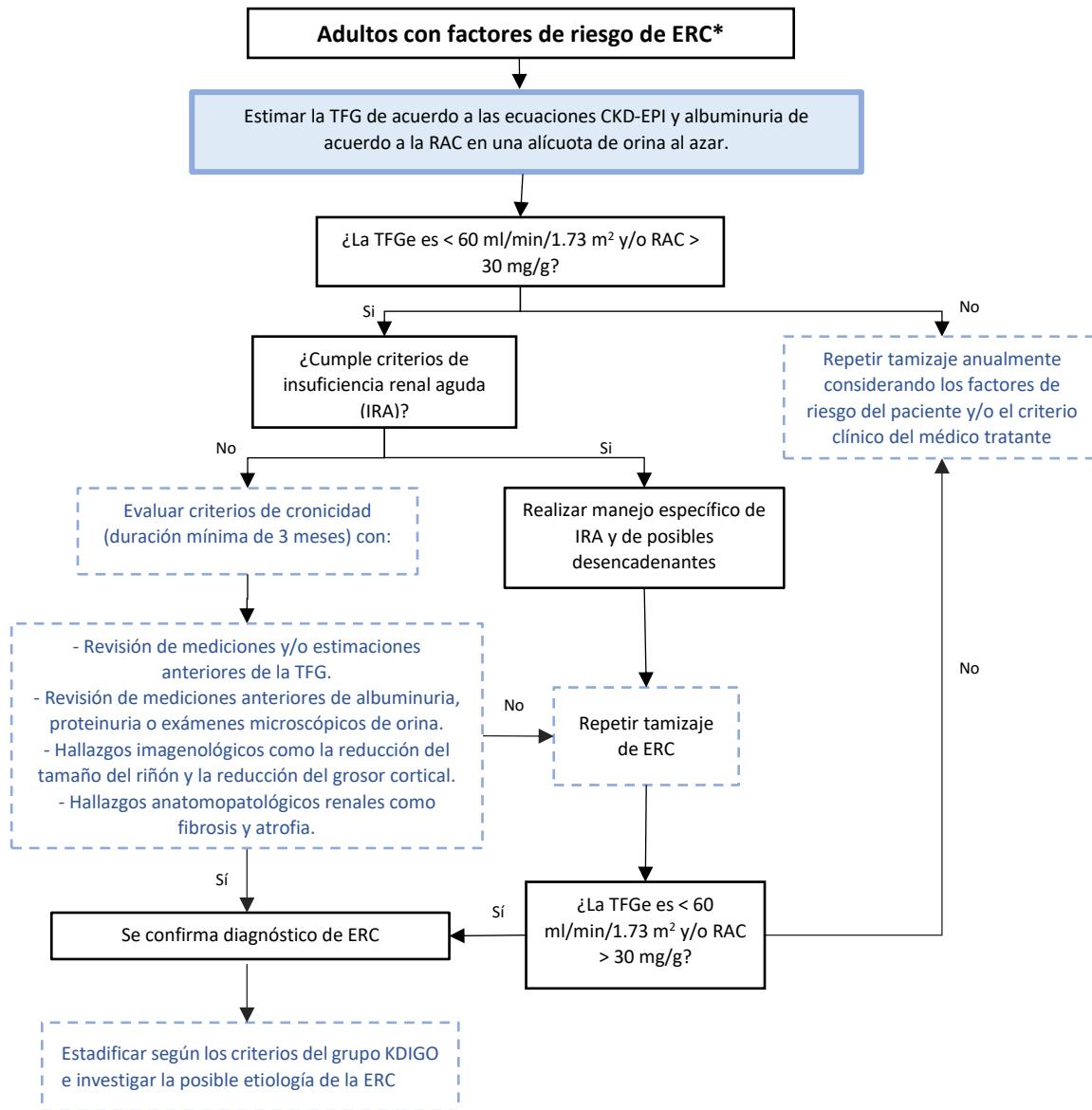


III. Flujoogramas

Flujoograma 1. Tamizaje, diagnóstico y estadaje de pacientes con ERC



Leyenda:

Recomendación fuerte

Recomendación condicional

Buena práctica clínica

*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

Flujograma 2. Monitoreo y referencia de pacientes con ERC
Monitoreo y referencia a especialista en nefrología de pacientes con ERC

Estadio	Categorías de albúminuria 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	<i>No ERC (0 a 1 vez por año para screening)</i>	Monitorear 1 vez al año *
	G2 (60-89): Reducción leve		Monitorear 1 vez al año *
	G3a (45-59): Reducción leve-moderada	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 al menos 2 veces al año ‡
	G4 (15-29): Reducción severa	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 ‡

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], **Albúminuria:** Excreción urinaria de albúmina obtenida mediante relación albúminuria-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]

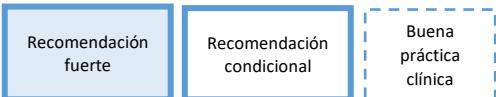
‡Referir al especialista en nefrología

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

Flujograma 3. 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 y ERC 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:



Flujograma 4. Elección inicial del tipo de terapia para pacientes con ERC en estadio 5 con necesidad y criterios de iniciar TRR permanente

