



# Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica

## Tamizaje

En adultos con factores de riesgo para ERC

- **Diabetes mellitus**
- **Hipertensión arterial**
- > 55 años sin diabetes ni hipertensión arterial
- Antecedentes de lesión renal aguda
- Enfermedades cardiovasculares
- Alteraciones estructurales del riñón o vías urinarias
- Enfermedades multisistémicas (LES o Gota)
- Obesidad
- Historia de preeclampsia
- Antecedentes familiares de ERC
- Exposiciones laborales de riesgo: pesticidas, exposición a metales pesados, o condiciones de deshidratación recurrente.

Para determinar la TFGe

Utilice la ecuación CKD-EPI creatinina 2021

Para determinar la albuminuria

Utilice la relación albúmina-creatinina (RAC)

### Realice tamizaje

mediante la estimación de la tasa de filtración glomerular (TFGe) y la detección de albuminuria

#### Tamizaje positivo

TFGe < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> y/o marcadores de daño renal como albuminuria (uRAC ≥ 30 mg/g o equivalentes).

Evalúe cronicidad para confirmar el diagnóstico de ERC.

#### Diagnóstico confirmado

TFGe < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> persistente (durante al menos 3 meses).

o

TFGe ≥ 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> + marcadores de daño renal como albuminuria (RAC en orina ≥ 30 mg/g)

#### Tamizaje negativo

Repetir el tamizaje anualmente

Las tiras reactivas (dipstick) no deberían usarse como parte del tamizaje de la ERC.

Estadificar la enfermedad según la clasificación de KDIGO 2024.

Establecer la etiología probable de la ERC con el fin de formular un plan de manejo integral.

ERC: enfermedad renal crónica. LES: lupus eritematoso sistémico. TFGe: tasa de filtración glomerular estimada. uRAC: relación albúmina creatinina urinaria. RAC: relación albuminuria-creatininuria. CKD-EPI: Colaboración Epidemiológica para Enfermedad Renal Crónica.

Recomendación

Buena práctica

Consideración

PULSA AQUÍ para acceder a la guía o escanea el código QR





# Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica

## Estadaje

### Clasificación del estadio de ERC según KDIGO 2024 y riesgo de resultados adversos en adultos según categoría de TFGe y RAC.

#### 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 <sup>2</sup> )	G1 (≥90): Normal o Alto	Riesgo bajo No hay ERC si no hay otros marcadores de daño renal	Riesgo moderado	Alto riesgo
	G2 (60-89): Reducción leve		Riesgo moderado	Alto riesgo
	G3a (45-59): Reducción leve-moderada	Riesgo moderado	Alto riesgo	Riesgo muy alto
	G3b (30-44): Reducción moderada-severa	Alto riesgo	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto
	G4 (15-29): Reducción severa	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto
	G5 (<15): Falla renal	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes.

\*TFGe: Tasa de filtración glomerular estimada, calculada mediante la ecuación CKD-EPI creatinina.

† Albuminuria obtenida mediante la relación albuminuria-creatininuria (RAC)

Recomendación Buena práctica Consideración

**PULSA AQUÍ**  
para acceder a la guía  
o escanea el código QR





# Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica

## Monitoreo



Monitoree la TFGe y albuminuria de acuerdo a su estadio.

### 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 <sup>2</sup> )	G1 (≥90): Normal o Alto	No ERC (0 a 1 vez por año para screening)	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

**PULSA AQUÍ**  
para acceder a la guía  
o escanea el código QR





# Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica

## Referencia de acuerdo al estadio

### Refiera a un servicio de nefrología en estas situaciones

- TFGe <45 mL/min/1.73m<sup>2</sup> (estadios G3b a G5), sin seguimiento por nefrología
- TFGe 45-60 mL/min/1.73m<sup>2</sup> (estadio G3a) con alto riesgo de progresión. [Por ejemplo: con albuminuria A3 (RAC en orina >300 mg/g o equivalentes) o con un score KFRE que estime un riesgo de enfermedad renal terminal a 5 años superior a 3% o 5%].
- Deterioro agudo de la función renal (descenso de la TFGe > 25% en un mes respecto a la TFGe basal o disminución mayor de 5 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> en un año) o pacientes con enfermedad renal aguda.

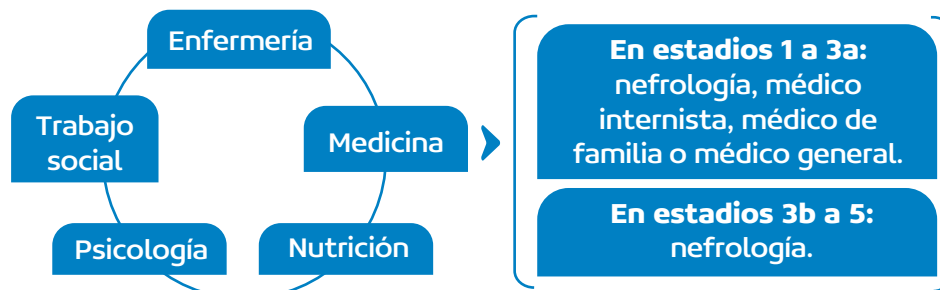
- Hematuria de etiología desconocida que no sea compatible con hematuria de causa urológica.
- Hipertensión con inadecuado control de la presión arterial (PA>130/80 mmHg) a pesar del uso de tres fármacos antihipertensivos a dosis plenas y al menos un diurético.
- Anemia normocítica normocrómica (hemoglobina < 10.5 g/dL) tras corrección de la ferropenia y el descarte de causas no renales de anemia.
- Alteraciones persistentes en el potasio (>5.5 mEq/L o <3.5 mEq/L) en quienes no se haya brindado tratamiento con diuréticos.
- Manejo de enfermedades asociadas a ERC que requieran atención especializada.

## Manejo interdisciplinario

En adultos con ERC en estadios 1 a 3a

En adultos con ERC en estadios avanzados (3b a 5) sin TRR

Brinde un manejo interdisciplinario



El equipo interdisciplinario deberá ser liderado por el personal de salud renal de cada establecimiento de salud.

La frecuencia y actividades de las consultas con nefrología, enfermería, nutrición, trabajo social y psicología deberá definirse según el estadio de la ERC.

ERC: enfermedad renal crónica. TFGe: tasa de filtración glomerular estimada. TRR: terapia de reemplazo renal. PA: presión arterial

Recomendación

Buena práctica

Consideración

PULSA AQUÍ  
para acceder a la guía  
o escanea el código QR





# Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica

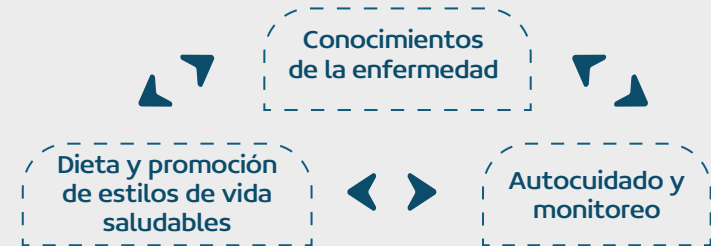
## Manejo interdisciplinario

### Intervenciones educativas

En adultos con ERC ➤

**Brinde intervenciones educativas como parte del manejo integral de la enfermedad.**

- Deben ser realizadas por el equipo interdisciplinario.
- Deben iniciar en estadios tempranos de la enfermedad y ser coordinadas por un profesional responsable del equipo de salud renal.



### Intervenciones psicosociales

En adultos con ERC ➤

**Brinde intervenciones psicosociales (especialmente en aquellos con estadios avanzados).**

- Deben ser realizadas por psicología.
- La consejería psicosocial debe ser realizada por trabajo social.

**Las intervenciones psicosociales deben incluir los siguientes**

Manejo de ansiedad, depresión, fatiga, resolución de problemas y control del miedo.

Manejo del estrés a través de terapia cognitivo conductual u otras.

Técnicas y programas de estimulación para mejorar la función cognitiva.

La consejería psicosocial: valoración de la calidad de vida.

En algunos casos: manejo especializado por psiquiatría.

## Dieta

### ERC sin TRR con o sin DM

- Mantener una ingesta normoproteica (0.8–1.1 g/kg/día), priorizando el consumo de proteínas de alto valor biológico.
- Evitar un consumo elevado de proteínas (>1.3 g de proteína/kg/día) en pacientes con ERC que presenten riesgo de progresión de la enfermedad

### Estadio 1 a 3 con DM

**No ofrecer dieta baja en proteínas (DBP).**



### Estadio 3 a 5 sin DM

**No ofrecer dieta baja en proteínas (DBP) ni dieta muy baja en proteínas (DMBP).**



DBP: 0.5–0.8 g/kg/día

DMBP: 0.3–0.4 g/kg/día

ERC: enfermedad renal crónica. DM: diabetes mellitus. DBP: dieta baja en proteínas. DMBP: dieta muy baja en proteínas. TRR: Terapias de reemplazo renal.

Recomendación Buena práctica Consideración

**PULSA AQUÍ**  
para acceder a la guía  
o escanea el código QR





# Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica

## Control de factores

### Manejo de dislipidemia y riesgo cardiovascular

#### Estatinas

En ERC establecida (TFG < 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>) que no reciben diálisis: **Brinde estatinas.**

#### Sus objetivos de LDL

- ERC moderada (TFG 30-59 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>): LDL < 70 mg/dL o reducción ≥ 50% del valor basal.
- ERC avanzada (TFG < 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>): LDL < 55 mg/dL.

En ERC con TFG > 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>: el manejo de la dislipidemia y los objetivos son individualizados, dependerá del perfil de riesgo cardiovascular del paciente.

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.

### Control estricto de presión arterial

Realice control intensivo de la presión arterial, para alcanzar valores de:  
PAS ≤ 130 mmHg  
PAD ≤ 80 mmHg

IECA o ARA-II: antihipertensivos de primera elección para el control intensivo de la presión arterial en ERC.

Ante fragilidad, alto riesgo de caídas o fracturas, expectativa de vida muy limitada o hipotensión ortostática: individualice tratamiento, control menos intensivo, priorizando seguridad del paciente.



Evite IECA en:

- Embarazo
- Angioedema previo
- Estenosis renal bilateral
- Hiperkalemia severa

Evite la combinación de IECA con ARA II y IECA con antagonistas de

### Polifarmacia

En estadios avanzados de ERC pre diálisis:

- Verificar siempre la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Realizar un seguimiento estrecho para la detección de eventos adversos, posibles interacciones y ajustes de dosis según la función renal.

### Control estricto de glicemia

En adultos con ERC sin TRR y con diabetes mellitus

Evite metas muy estrictas de glicemia (HbA1c < 7%).

Control por endocrinología

- ERC leve (estadios 1-3): al menos 1 vez/año.
- ERC avanzada (estadios 4-5 sin diálisis): cada 3-6 meses.

Las metas y el monitoreo deben individualizarse según

- Edad
- Tiempo de diagnóstico de diabetes
- Riesgo de hipoglucemia
- Progresión de ERC
- Comorbilidades y expectativa de vida

\*Revise también la GPC de manejo farmacológico de DM: <https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/>

### Tratamiento para hiperuricemia

Estadios 1 a 4 e hiperuricemia sintomática

Brinde un tratamiento hipouricemiente con alopurinol, considerando una valoración individualizada de la función renal y los eventos adversos.

Estadio 5 sin TRR

NO es aconsejable brindar tratamiento hipouricemiente.

### Suplementación de álcali oral

ERC en estadios 3, 4 y 5 pre diálisis, con un nivel de bicarbonato sérico ≤20 mEq/L ➤ Brinde suplementación de álcali oral.

ERC: enfermedad renal crónica. PAS: presión arterial sistólica. PAD: presión arterial diastólica. TRR: terapia de reemplazo renal.



Recomendación



Buena práctica



Consideración

IETSI  
EsSalud

INSTITUTO DE  
EVALUACIÓN DE  
TECNOLOGÍAS EN  
SALUD E  
INVESTIGACIÓN



EsSalud

**PULSA AQUÍ**  
para acceder a la guía  
o escanea el código QR





# Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica

## Manejo de la progresión de la enfermedad

ERC estadios 1–4 y albuminuria A2–A3 (RAC >30 mg/g) ➤

Use IECA o ARA-II

ERC sin albuminuria o con albuminuria leve (A1) ➤

Use IECA o ARA-II solo si hay otra indicación clínica (HTA o Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida)

ERC con tratamiento de IECA o ARA-II ➤

Continúe tratamiento, incluso si TFGe cae por debajo de 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, de no haber contraindicaciones y se garantice monitoreo regular.

Paciente con ERC ➤

Evite combinación de IECA + ARA-II.

**Adultos con:**  
**DM tipo 2 y ERC | ERC por otras etiologías**  
Con TFGe >20 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> y RAC ≥200 mg/g

Añada un inhibidor de la SGLT-2 a la terapia inicial

Use inhibidores de SGLT-2 aprobados según dictámenes emitidos por IETSI o incluidos en Petitorio Farmacológico de EsSalud.

**Adultos con:**  
**DM tipo 2 y ERC en estadios G3–G4 con albuminuria persistente a pesar de la terapia estándar\***

Añada finerenona

Brinde finerenona según condiciones de uso - dictamen IETSI  
Dosis inicial: 10 mg/día (TFGe 25 a <60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>)

\*Conjunto de intervenciones destinadas a disminuir la progresión de la enfermedad. Esto incluye IECA o ARA II a dosis máximas toleradas y el uso de un iSGLT-2.

ERC: Enfermedad renal crónica. RAC: Relación albúmina-creatinina. A1 / A2 / A3: Categorías de albuminuria. IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. ARA-II: Antagonistas del receptor de angiotensina II. HTA: Hipertensión arterial. TFGe: Tasa de filtración glomerular estimada. SGLT-2: Cotransportador sodio-glucosa tipo 2. DM tipo 2: diabetes mellitus tipo 2. IETSI: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

**PULSA AQUÍ**  
para acceder a la guía  
o escanea el código QR



 Recomendación  Buena práctica  Consideración

**IETSI**  
EsSalud

INSTITUTO DE  
EVALUACIÓN DE  
TECNOLOGÍAS EN  
SALUD E  
INVESTIGACIÓN

 **EsSalud**



# Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica

## Vacunación

**Vacuna contra la Influenza**  
1 dosis por año

**Vacuna contra el Neumococo**  
1 dosis

**Vacuna contra la COVID-19**

De acuerdo a lo que establece la Norma Técnica de Salud (NTS) que establece el Esquema Nacional de Vacunación vigente.

### Vacuna contra la hepatitis B

En pacientes con ERC que inician diálisis y no cuentan con inmunización previa

**Brinde vacuna de tipo recombinante contra hepatitis B**

- Dosis doble: 40 µg en adultos ≥ 20 años.
- Siga el esquema acelerado de 0, 1, 2 y 12 meses.

Mida anti-HBs 30 días post esquema

Adultos con ERC en diálisis que alcanzaron niveles protectores: • Control anual de anti-HBs  
• Refuerzo si pierde protección

Si no se alcanzan niveles protectores (anticuerpos anti-HBs > 10 mUI/ml): Repita el esquema con el doble de antígeno vacunal en cada dosis.

ERC en estadios avanzados (4 y 5) en quienes se planea iniciar diálisis y no cuentan con inmunización previa

**Brinde vacuna de tipo recombinante contra hepatitis B**

- Dosis doble: 40 µg en adultos ≥ 20 años.
- Siga el esquema estándar de 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses.
- De requerirse inmunización más rápida: siga el esquema acelerado de 0, 1, 2 y 12 meses

Mida anti-HBs 30 días post esquema

Si no se alcanzan niveles protectores (anticuerpos anti-HBs > 10 mUI/ml): Repita el esquema con el doble de antígeno vacunal en cada dosis.

ERC estadios tempranos (1 a 3) que no han recibido esquema primario de vacunación contra hepatitis B

**Brinde vacuna contra hepatitis B según la NTS que establece el esquema de vacunación**

- Dosis de 20 µg en adultos.
- Siga el esquema estándar de 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses.

ERC: enfermedad renal crónica. GPC: guía de práctica clínica. NTS: norma técnica de salud

**PULSA AQUÍ**  
para acceder a la guía  
o escanea el código QR



**IETSI**  
EsSalud

INSTITUTO DE  
EVALUACIÓN DE  
TECNOLOGÍAS EN  
SALUD E  
INVESTIGACIÓN



Recomendación

Buena práctica

Consideración



# Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica

## Terapia de reemplazo renal

En adultos con ERC estadio 5 con indicación de TRR ➔

**NO ADOpte** de forma sistemática el **MANEJO CONSERVADOR INTEGRAL** como **ESTRATEGIA ESTÁNDAR** en lugar de la diálisis.

**En pacientes con ERC estadio 5 en manejo conservador y/o expectativa de vida limitada (<6 meses)**  
Brinde plan de cuidados paliativos individualizado, diseñado desde el momento de la decisión de no brindar TRR, e implementado por un equipo interdisciplinario con experiencia en nefrología y medicina paliativa.

**Se podría optar por un manejo conservador integral en lugar de iniciar o continuar con diálisis:**

Imposibilidad técnica o segura para diálisis:

- Demencia avanzada.
- Inestabilidad hemodinámica.

Pacientes  $\geq 75$  años con  $\geq 2$  de los siguientes criterios:

- Comorbilidad grave y no controlada
- Deterioro funcional físico o cognitivo severo
- Desnutrición crónica severa (albúmina  $< 2.5$  g/dL)
- Enfermedad terminal (expectativa  $< 6$  meses)

**ERC estadio 5 con indicación de TRR ➔**

**Para la elección de la TRR, considere:**

- Decisión basada en proceso informado y compartido.
- Modalidades disponibles de TRR.
- Valores y preferencias del paciente.
- Contexto clínico y social individual.

**Diálisis peritoneal como inicio en pacientes:**

- Clínicamente estables
- Con apoyo familiar adecuado
- Que deseen mantener autonomía y actividad social/laboral
- $\geq 65$  años con intolerancia hemodinámica.

**Hemodiálisis como inicio preferente en pacientes que:**

- Presenten buena tolerancia hemodinámica
- Requieran tratamiento continuo o intensivo
- Tengan contraindicaciones para diálisis peritoneal

**Considere la suspensión de la terapia dialítica en pacientes con ERC en estadio 5 cuando ➔**

- Rechazo del tratamiento por paciente con capacidad de decisión.
- Directiva anticipada o decisión de representante legal/familiar.
- Daño neurológico irreversible profundo.

ERC: enfermedad renal crónica.

Recomendación

Buena práctica

Consideración

**PULSA AQUÍ**  
para acceder a la guía  
o escanea el código QR



**IETSI**  
EsSalud  
INSTITUTO DE  
EVALUACIÓN DE  
TECNOLOGÍAS EN  
SALUD E  
INVESTIGACIÓN

