

# Vía clínica

# > Enfermedad Renal Crónica

## A DIAGNÓSTICO

**!** No aplicar este protocolo en personas gestantes, internadas o cursando lesión renal aguda (LRA)

### Solicitar anualmente a:

- Personas con diabetes, hipertensión arterial, obesidad, antecedente de LRA o con familiar directo en diálisis crónica.
- Personas adultas a partir de los 50 años.

### Calculadora de FGe

Ajuste de dosis de medicamentos según FGe

Disponible en la App Salud-ENT (MSAL-OPS)

Creatinina plasmática para estimar filtrado glomerular (FGe)

< 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

Relación albuminuria/creatinina en orina matutina (RACo)\*

y/o

> 30 mg/g

PERSISTENCIA > 3 meses

# ERC

\*Si la RACo no se encuentra accesible, medir relación proteína/creatinina en orina matutina (RPCo) o proteinuria con tira reactiva. Ante tira reactiva positiva, intentar cuantificar proteinuria por RACo o RPCo. Valor de RPCo que define ERC > 150 mg/g.

## B ESTRATIFICACIÓN POR RIESGO

Grados G	Grados A	RACo (mg/g)				
		Normal - leve	Alta	Muy alta		
		A1	A2	A3		
		<30	30-300	>300		
FGe (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	Normal o Elevado	G1	≥90	●	●	●
	Disminución leve	G2	60 - 89	●	●	●
	Disminución leve a moderada	G3a	45 - 59	●	●	●
	Disminución moderada a grave	G3b	30 - 44	●	●	●
	Disminución grave	G4	15 - 29	●	●	●
	Falla renal	G5	<15	●	●	●

Interpretación de riesgos combinados en un año de seguimiento (progresión de enfermedad renal, ingreso a TSR, evento renal agudo, mortalidad por todas las causas y mortalidad cardiovascular). Verde: riesgo bajo (si no hay otros marcadores de enfermedad renal, no hay ERC); Amarillo: riesgo moderadamente aumentado; Naranja: alto riesgo; Rojo, riesgo muy alto.

## C TRATAMIENTO DE LA ERC

- En cada consulta evaluar nuevos fármacos con potencial toxicidad y adecuar a FGe (App Salud-ENT MSAL-OPS).

### Sin Albuminuria (RACo < 30 mg/g)

- Con HTA: Seguir vía clínica de HTA.
- Con DM: Seguir vía clínica de DM.

### Con Albuminuria (RACo ≥ 30 mg/g)

- Sin DM ni HTA: IECA o ARAII a dosis iniciales e intensificar cada 4 semanas hasta máxima dosis tolerada o hasta dosis máxima permitida\*.
- Con DM: Seguir protocolo de tratamiento según vía clínica de DM para obtener meta de Hb A1c. IECA o ARAII a dosis mínimas iniciales e intensificar cada 4 semanas hasta máxima dosis tolerada o hasta dosis máxima permitida\*.
- Con HTA: Seguir protocolo de tratamiento de vía clínica de HTA para obtener meta de presión arterial (Sección C). Intensificar Losartán cada 4 semanas hasta máxima dosis tolerada o hasta dosis máxima permitida\*.

### Metas

Presión arterial sistólica <130 mmHg  
HbA1c 7 %

Evaluar en cada consulta

### Estilo de Vida Saludable

- 30 minutos/día
- Mantener un peso adecuado
- Alimentación saludable
- No fumar
- Limitar consumo de alcohol
- Tomar 6-8 vasos de agua segura por día
- Controlar abuso de AINEs

Información Adicional: Antes de intensificar tratamiento con IECA o ARAII.

- Valorar adherencia.
- Evaluar potasemia y FGe. Si hay hiperpotasemia (>6.0 mEq/L) o disminución de FGe > 30%, indicar última dosis tolerada y referenciar/consultar con nefrólogo.

\* Losartán  
Dosis inicial: 50 mg/día.  
Dosis máxima: 100 mg/día.

Enalapril  
Dosis inicial: 5 mg/día.  
Dosis máxima: 40 mg/día.  
Considerar dividir en dos tomas diarias.

## D REDUCCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR

- Sin enfermedad CV establecida: Rosuvastatina 10 mg/día.  
a. ERC 1-2 en > 40 años con 2 FRCV o RCV >10%. b. ERC 3a-5
- Con enfermedad CV establecida: Aspirina 100mg/día y rosuvastatina 20 mg/día\*.

\*o dosis equivalente de estatina disponible.

## E DERIVACIÓN OPORTUNA

- Etapa G3b-G5 y/o A3 (independiente del FGe).
- Disminución interanual de FGe > 5 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> o cambio a grado G superior (Ej. G1 a G2).
- Otros marcadores de daño renal:
  - Hematuria persistente.
  - Hematuria con albuminuria/proteinuria.
  - Imágenes patológicas (múltiples quistes, riñón único, asimetría renal).
  - Enfermedades que hayan requerido biopsia renal.
- ERC con tamizaje positivo para complicaciones (anemia, metabolismo fosfocálcico).
- Litiasis renal repetida.
- Antecedente de síndrome urémico hemolítico en la niñez.
- Evento renal agudo o nefrotoxicidad no resuelta en el primer nivel de atención (PNA).
- Alteraciones persistentes del potasio (>5,5 mEq/L o <3,5 mEq/L; sin tratamiento diurético).
- Sospecha de enfermedad renal hereditaria.

## F SEGUIMIENTO

	Cada 6 meses	Cada 3 meses o criterio nefrológico	Suministro de medicación cada 3 meses	Vacunación			
				Influenza	SARS CoV 2	Nuemococo	Hepatitis B
ERC G1-G3a con RACo ≤ 300 mg/g	✓		✓	✓	✓	✓	
ERC G3b-G5 ó RACo > 300 mg/g		✓	✓	✓	✓	✓	✓

En cada consulta solicitar FGe, RACo, Ionograma. HbA1c en personas con diabetes mellitus y según control diabetológico. Búsqueda anual de complicaciones: Uricemia, Lípidos, Hemograma completo, Calcemia, Fosfatemia, Fosfatasa alcalina total. PTHi (opcional) en personas con FGe < 45.



Ministerio de Salud Argentina