

VÍA DE ABORDAJE HEARTS

Manejo del paciente con enfermedad renal crónica

*Este protocolo no aplica en gestantes, pacientes hospitalizados o con lesión renal aguda

A DIAGNÓSTICO

Creatinina plasmática para estimar la tasa de filtración glomerular (TFGe)*

< 60 mL/min/1.73m²

Albuminuria**

Tira reactiva positiva o RACo > 30 mg/g

PERSISTENCIA ≥ 3 meses

ERC

Solicitar anualmente a:

• Personas con **DM** o **HTA**
También considerar a las personas con:

- Enfermedad CV
- Obesidad
- Antecedente de lesión renal aguda
- Historia familiar de enfermedad renal crónica
- Hematuria
- Enfermedades que alteren la estructura renal o el tracto urinario
- Enfermedades multisistémicas con potencial daño renal
- Exposición prolongada a agroquímicos y metales pesados

DM: diabetes mellitus **CV:** cardiovascular
HTA: hipertensión arterial **ERC:** enfermedad renal crónica

*Utilizar la ecuación CKD-EPI para el cálculo de la TFGe. Como alternativa, utilizar la ecuación del MDRD4.
**Medir albuminuria con tira reactiva en orina o mediante la relación albúmina/creatinina en orina (RACo).

B ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

Grados G	Grados A	RACo(mg/g)		
		Normal - leve A1	Alta A2	Muy Alta A3
		<30	30-300	>300
TFGe (mL/min/1.73 m ²)	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: riesgo combinado a 1 año de seguimiento de progresión de enfermedad renal, ingreso a terapia de reemplazo renal, evento renal agudo, mortalidad por todas las causas y mortalidad CV **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 el uso de nuevos fármacos con potencial nefrotóxico y adecuar las dosis según la TFGe.

Sin Albuminuria (RACo < 30 mg/g)

- **Con HTA:** Seguir Vía HEARTS de HTA.
- **Con DM:** Seguir Vía HEARTS de DM.

Con Albuminuria (RACo ≥ 30 mg/g)

- **Sin HTA ni DM*:** Empezar IECA o ARAII a dosis iniciales e intensificar cada 4 semanas hasta alcanzar la máxima dosis tolerada o permitida.
- **Con HTA*:** Seguir el protocolo de tratamiento de la Vía de abordaje HEARTS de HTA para alcanzar la meta de presión arterial sistólica <130 mmHg. Intensificar losartán cada 4 semanas hasta alcanzar la máxima dosis tolerada o permitida.
- **Con DM*:** Seguir el protocolo de tratamiento de la Vía de abordaje HEARTS de DM para alcanzar la meta de HbA1c ≤7%. Empezar IECA o ARAII a dosis iniciales mínimas e intensificar cada 4 semanas hasta alcanzar la máxima dosis tolerada o permitida.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Realizar al menos 150 minutos de actividad física a la semana



Mantener un peso adecuado



Mantener una alimentación saludable



Dejar de fumar y evitar la exposición pasiva al humo del tabaco



Evitar el consumo de alcohol



Controlar abuso de AINEs



Información Adicional:

Antes de intensificar tratamiento con IECA o ARAII:
a) Valorar adherencia.
b) Evaluar potasio sérico y TFGe.
Si hay hiperkalemia (>6.0 mEq/L) o disminución de TFGe >30%, indicar última dosis tolerada y derivar al nefrólogo.

*Dosis recomendadas:

• Losartán (ARAII)
Dosis inicial: 50 mg/día.
Dosis máxima: 100 mg/día.
• Enalapril (IECA)
Dosis inicial: 5 mg/día.
Dosis máxima: 40 mg/día.

ARAII: antagonista del receptor de angiotensina II
IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

D REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

- Sin enfermedad CV establecida en ERC etapa G1-G2 (>40 años de edad con 2 factores de riesgo CV) o riesgo CV >10% o ERC G3a-G5: atorvastatina 20 mg/día.
- Con enfermedad CV establecida: ácido acetilsalicílico 100 mg/día y atorvastatina 40 mg/día.

Para evaluar el riesgo cardiovascular, seguir la Vía de abordaje HEARTS de HTA.

Enfermedad CV establecida: enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular o enfermedad arterial periférica.

E DERIVACIÓN OPORTUNA

- Etapa G3b-G5 y/o A3 (independiente de la TFGe)
- Disminución de la TFGe >5 mL/min/1.73 m² por año
- 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 y metabolismo fosfocálcico)
- Litiasis renal repetida
- Antecedente de síndrome urémico-hemolítico o síndrome nefrótico en la niñez
- Evento renal agudo o nefrotoxicidad no resuelta en el primer nivel de atención
- Alteraciones persistentes del potasio (>5.5 mEq/L o <3.5 mEq/L; sin tratamiento diurético)
- Sospecha de enfermedad renal hereditaria
- Sospecha de hipertensión arterial renovascular

F SEGUIMIENTO

	Cada 6 meses	Cada 3 meses o según criterio nefrológico	Suministro de medicación cada 3 meses
ERC G1-G3a con RACo ≤300 mg/g	✓		✓
ERC G3b-G5 o RACo >300 mg/g		✓	✓

VACUNACIÓN

INFLUENZA	Todos los pacientes con ERC (dosis anual)
NEUMOCOCCO	Todos los pacientes con ERC >60 años (dosis única)
COVID-19	Todos los pacientes con ERC (según esquema vigente)
HEPATITIS B	Pacientes en etapa G3b-G5 o RACo >300 mg/g

• En cada consulta: calcular la TFGe, solicitar albuminuria y HbA1c (en personas con DM).

• Evaluación anual de complicaciones: evaluación nutricional, hiperuricemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia, dislipidemia, anemia, acidosis metabólica, hiperkalemia e hiperparatiroidismo secundario de tener los medios para estas evaluaciones.

HEARTS
IN THE AMERICAS