Lista de recomendaciones y puntos de BPC

<table>
<tr><th>Enunciado</th><th>Tipo *</th><th>Certeza **</th></tr>
<tr><td colspan="3">Diagnóstico</td></tr>
<tr><td colspan="3">Pregunta 1. En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, ¿se debe realizar una atención multidisciplinaria o una la atención estándar?</td></tr>
<tr><td>En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, recomendamos brindar un manejo multidisciplinario conformado por profesionales en nefrología, enfermería, nutrición, psicología y trabajo social.</td><td>Recomendación fuerte a favor</td><td>Muy baja ⨁⊖⊖⊖</td></tr>
<tr><td>El equipo multidisciplinario será liderado por el nefrólogo. La periodicidad de las consultas de nefrología, enfermería, nutrición, trabajo social y psicología se establecerá según el estadio, para lo cual considerar el siguiente esquema:
<table>
<tr><th></th><th>ERC estadio 3b</th><th>ERC estadio 4</th><th>ERC estadio 5 (sin diálisis)</th></tr>
<tr><td>Nefrología</td><td>4 consultas al año, la primera consulta a la referencia del paciente y la consulta de seguimiento a los 30 días de la consulta inicial, luego cada 3 meses.</td><td>6 consultas al año, la primera consulta a la referencia del paciente y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 2 meses.</td><td>12 consultas al año, la primera consulta a la referencia del paciente y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada mes.</td></tr>
<tr><td>Enfermería</td><td>4 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 30 días de la consulta inicial, luego cada 3 meses.</td><td>6 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 2 meses.</td><td>12 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada mes.</td></tr>
<tr><td>Nutrición</td><td>3 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 30 días de la consulta inicial, luego cada 4 meses.</td><td>4 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 3 meses.</td><td>6 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 2 meses.</td></tr>
<tr><td>Psicología</td><td>1 consulta al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 30 días de la consulta inicial, luego cada 12 meses.</td><td>2 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 6 meses.</td><td>3 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 4 meses.</td></tr>
<tr><td>Trabajo social</td><td>1 consulta al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 30 días de la consulta inicial, luego cada 12 meses.</td><td>1 consulta al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 12 meses.</td><td>2 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 6 meses.</td></tr>
</table></td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td>El seguimiento farmacoterapéutico, el cual se refiere a la valoración global de los problemas de salud del paciente y el tratamiento que recibe, será parte de la consulta nefrológica. Este seguimiento busca prevenir, identificar y resolver los resultados negativos asociados a la medicación en los pacientes con ERC, o en su contraparte, la optimización de las dosis para la búsqueda de mejores resultados.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
</table>

La atención de enfermería se centrará en la planificación de los cuidados del paciente (programación y calendarización de visitas al equipo multidisciplinario), así como en colaborar en la promoción del autocuidado, educación del paciente, verificar la adherencia al tratamiento y valorar el soporte familiar.	**BPC**	
Nutrición se encargará de la valoración del estado nutricional e individualización de la dieta según las necesidades del paciente, en el cual se consideren factores socioculturales, preferencias de alimentación del paciente, hábitos alimentarios, intolerancias alimentarias, habilidades culinarias, comorbilidades, y costo de las opciones dietéticas para los pacientes y sus familias. Además, se coordinará calendarizará el monitoreo del estado nutricional.	**BPC**	
Psicología se encargará de la valoración clínica y el abordaje inicial de manifestaciones psicopatológicas como ansiedad, depresión, ira y frustración, así como definir la necesidad de referencia para un manejo más especializado por psiquiatría.	**BPC**	
La valoración por trabajo social se centrará en evaluar las determinantes sociales de riesgo que influyen en la adherencia al tratamiento de la ERC.	**BPC**	
Pregunta 2. En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, ¿se debería realizar intervenciones educativas y psicosociales?		
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, recomendamos brindar **intervenciones educativas.**	**Recomendación fuerte a favor**	**Muy baja** ⨁⊖⊖⊖
Las intervenciones educativas deben ser realizadas por el equipo multidisciplinario, iniciar a estadios tempranos de la enfermedad y ser lideradas por el nefrólogo. Se debe considerar los siguientes tópicos: ● **Conocimientos de la enfermedad:** respecto a ERC, función renal, opciones de manejo según la enfermedad actual y el estadio de la misma, medidas de protección renal, y tratamientos futuros en caso de progresión cuando sea pertinente (terapia de reemplazo renal: trasplante, hemodiálisis, creación de acceso vascular). ● **Autocuidado y automonitoreo:** deben implicar la participación activa del paciente y/o del cuidador, según el contexto clínico del paciente, e incluir automonitoreo de parámetros básicos como presión arterial (con una presión objetivo ≤ 130/80 mmHg) y el control frecuente de la glicemia, en pacientes diabéticos (con un objetivo de HbA1c ≤ 7% y glicemia < 140mg/dL). ● **Dieta y promoción de estilos de vida saludable:** deben considerar medidas higiénico-dietéticas, promoción de actividad física, y reducción de hábitos nocivos como el	**BPC**	

tabaquismo, así como otros factores que empeoren o promuevan la progresión de la enfermedad.		
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, recomendamos brindar **intervenciones psicosociales.**	**Recomendación fuerte a favor**	**Muy baja** ⨁⊖⊖⊖
Las intervenciones psicosociales, deben ser realizadas por psicología, salvo la consejería psicosocial que debe ser realizada por trabajo social. Estas intervenciones incluyen: ● Orientar a los pacientes respecto al manejo de ansiedad, depresión, fatiga, resolución de problemas y control del miedo. ● Manejo del estrés a través de terapia cognitivo conductual u otras estrategias de afrontamiento y modificación de conductas. ● Estrategias de mejora de la autoeficacia y la autoestima, sobre la base del logro progresivo de objetivos. ● Técnicas y programas de estimulación para mejorar la función cognitiva. ● La consejería psicosocial, que considerará la valoración de la calidad de vida. Asimismo, considerará situaciones en las cuales el paciente requiera de un manejo especializado por parte de un psiquiatra.	**BPC**	
Pregunta 3. En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis ¿Cómo debe ser el manejo nutricional?		
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, sin diabetes mellitus, sugerimos ofrecer dieta baja en proteínas (DBP).	**Recomendación condicional a favor**	**Muy baja** ⨁⊖⊖⊖
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, con diabetes mellitus, sugerimos ofrecer dieta baja en proteínas (DBP).	**Recomendación condicional a favor**	**Muy baja** ⨁⊖⊖⊖
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, sin diabetes mellitus, sugerimos no ofrecer dieta muy baja en proteínas (DMBP) para evitar la progresión de ERC.	**Recomendación condicional en contra**	**Muy baja** ⨁⊖⊖⊖
Respecto a las dietas con restricción en la cantidad de proteínas, DBP se refiere a brindar 0.5 a 0.8 g/kg/día y DMBP a brindar < 0.4 g/kg/día. Además, se sugiere utilizar herramientas de soporte para la consejería nutricional la “Guía de intercambio de alimentos”, la “Cartilla para la planificación de comidas saludables” y las “Tablas auxiliares para la formulación y evaluación de regímenes alimentarios” del Ministerio de Salud del Perú, durante la atención nutricional.	**BPC**	
Pregunta 4. En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, ¿qué factores deben manejarse para prevenir la progresión de ERC?		
El objetivo de la prevención de progresión es retardar el deterioro de la tasa de filtración a una disminución menor a 5ml/min/1.73m2 por año, y retardar la aparición de complicaciones asociadas a la pérdida de función renal. Un paciente con una pérdida mayor será considerado	**BPC**	

como un progresor rápido. Para la valoración de la progresión, se debe considerar la tasa de filtración glomerular y el ratio albúmina creatinina. En los pacientes en estadio 5 pre diálisis, es decir, con una tasa de filtración glomerular menor a 15ml/min/1.73m^2, pero que aún no se hallan en diálisis, el objetivo se centrará en retardar la aparición de síntomas o complicaciones que conlleven a la necesidad de terapia de reemplazo renal.		
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, con acidosis metabólica, recomendamos brindar suplementación de álcali oral o dieta alcalina para reducir el riesgo de progresión de la ERC.	**Recomendación fuerte a favor**	**Muy baja** ⊕⊖⊖⊖
Se aconseja una dosis de bicarbonato en solución oral de 0.5 a 1 mEq/kg por día, con una monitorización clínica y laboratorial adecuada, según la valoración médica.	**BPC**	
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, con diabetes mellitus, sugerimos brindar control glicémico según la indicación de Endocrinología, para reducir el riesgo de progresión de la enfermedad.	**Recomendación condicional a favor**	**Muy baja** ⊕⊖⊖⊖
En los pacientes con diabetes y ERC, se aconseja una valoración frecuente por Endocrinología, especialmente en el contexto de la necesidad de uso de insulinas.	**BPC**	
En adultos con ERC en estadios 3b y 4, sugerimos brindar control lipídico con estatinas para reducir el riesgo de progresión de la ERC y el riesgo de enfermedad cardiovascular.	**Recomendación condicional a favor**	**Muy baja** ⊕⊖⊖⊖
En adultos con ERC en estadio 5, la indicación de estatinas podría estar centrada en la reducción del riesgo cardiovascular.	**BPC**	
En los pacientes con ERC en estadios 3b, 4 y 5, es aconsejable la valoración anual con un panel de lípidos que incluya colesterol total, colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (colesterol LDL), colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (colesterol HDL) y triglicéridos. De manera referencial se pueden considerar los siguientes valores como rangos de normalidad: • Colesterol total<240mg/dL • Colesterol LDL<130mg/dL • Colesterol HDL>40mg/dL • Triglicéridos<200mg/dL	**BPC**	
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, con hipertensión arterial, recomendamos brindar terapia intensiva para el control de la presión arterial (PAS ≤ 130 mmHg, PAD ≤ 80 mmHg), especialmente para reducir mortalidad considerando una evaluación individualizada del riesgo de eventos adversos (hipotensión, síncope, caídas), especialmente en adultos mayores.	**Recomendación fuerte a favor**	**Muy baja** ⊕⊖⊖⊖

Para la terapia intensiva para el control de la presión arterial es aconsejable el uso de antihipertensivos tipo IECA o ARA-II como primera elección, con una valoración individualizada del paciente y su riesgo de eventos adversos.	**BPC**	
No se sugiere la combinación de IECA y ARA-II por el riesgo de hiperkalemia. Considerar que una tasa de filtración glomerular menor a 30ml/min/1.73m^2 incrementa el riesgo de hiperkalemia.	**BPC**	
Es aconsejable optimizar el estado nutricional, el cese del tabaquismo, el consumo de fibra dietética y el control del sodio, y el potasio dietético para reducir el riesgo de progresión de la ERC.	**BPC**	
En el contexto de la polifarmacia, en pacientes con ERC en estadios 3b, 4 y 5, verificar la adherencia al tratamiento farmacológico y los eventos adversos de modo estrecho.	**BPC**	
Pregunta 5. En adultos con ERC en estadio 3b, 4 y 5 pre diálisis, ¿cómo deben manejarse las comorbilidades (hiperuricemia, anemia, trastornos minerales óseos)?		
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 con niveles muy altos de ácido úrico (>9 mg/dL), sugerimos brindar un tratamiento hipouricemiante con alopurinol, considerando una valoración individualizada de la función renal y los eventos adversos.	**Recomendación condicional a favor**	**Muy baja** ⊕⊖⊖⊖
En adultos con ERC en estadio 5 pre diálisis, no es aconsejable brindar tratamiento hipouricemiante por la pérdida de la función renal y la reducción de la posibilidad de excretar ácido úrico por efecto del alopurinol.	**BPC**	
El tratamiento con alopurinol debe considerar una dosis inicial menor a 100 mg al día para reducir el riesgo de síndrome de hipersensibilidad a alopurinol. Es aconsejable no exceder una dosis inicial de 1.5 mg de alopurinol por ml/minuto de TFG.	**BPC**	
El manejo de la anemia y de los trastornos minerales óseos en ERC debe llevarse a cabo de manera individualizada y según las guías institucionales de EsSalud.	**BPC**	
Pregunta 6. En adultos con ERC en estadio 5, ¿en qué pacientes se podría preferir un manejo conservador?		
En adultos con ERC en estadio 5 pre diálisis sugerimos realizar un manejo conservador, especialmente en pacientes mayores de 75 años y con múltiples comorbilidades, priorizando las preferencias de los pacientes y/o cuidadores, y teniendo en cuenta la necesidad de formular una decisión compartida.	**Recomendación condicional a favor**	**Muy baja** ⊕⊖⊖⊖
El manejo conservador implica un seguimiento multidisciplinario para el mantenimiento de la calidad de vida, control de síntomas, manejo del equilibrio hidroelectrolítico, anemia, comorbilidades y problemas de	**BPC**	

<table>
<tr><td>salud intercurrentes; además de la posibilidad de implementación de cuidados al final de la vida cuando sea apropiado.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Pregunta 7: En adultos con ERC en estadio 5 que requieren diálisis, en manejo conservador y con expectativa de vida menor a 6 meses, ¿cómo debe ser el manejo paliativo?</td></tr>
<tr><td>En adultos con ERC en estadio 5 que requieren diálisis, en manejo conservador y con expectativa de vida menor a 6 meses, sugerimos un manejo paliativo que involucre mínimamente el manejo de síntomas, apoyo psicosocial y educación constante; considerando la participación de un médico con conocimientos en cuidados paliativos y un terapista físico u ocupacional, y teniendo en cuenta la necesidad de formular una decisión compartida.</td><td>Recomendación condicional a favor</td><td>Muy baja
⨁⊖⊖⊖</td></tr>
<tr><td>El manejo del duelo y el apoyo espiritual deben considerar las creencias religiosas y espirituales del paciente y sus cuidadores.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td>El manejo paliativo incluirá el abordaje de síntomas, principalmente: dolor, disnea, ansiedad/insomnio, delirio, náuseas y vómitos, prurito.

El manejo de los síntomas se describe a continuación:
<table>
<tr><th>Medidas no farmacológicas</th><th>Fármacos</th><th>Dosis</th><th>Consideraciones</th></tr>
<tr><td colspan="4">Dolor</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Ambiente calmado, identificar el origen y tipo de dolor.</td><td>Paracetamol tableta 500mg</td><td>500-1000mg cada 4-6 horas

Dosis máxima: hasta 4g al día.</td><td>Su uso por más de 7 días o por encima de la dosis máxima puede causar toxicidad hepática.</td></tr>
<tr><td>Si no controla, añadir Tramadol ampolla: 50 mg/2mL</td><td>25 a 50 mg SC o EV en casos de dolor leve a moderado.

TFG: <30 ml/min, dosis máxima 200 mg y, en caso de <15 ml/min, dosis máxima 100 mg.

Insuficiencia hepática: dosis máxima 200 mg y espaciar dosificación a cada 12 horas.</td><td>Evaluar efectividad a los 15-20 minutos. De no obtener respuesta: considerar nueva dosis o pasar a opioides. Valorar reacciones adversas: náuseas y vómitos.</td></tr>
<tr><td>Si no controla añadir Codeína 30 o 60mg tableta.</td><td>Dosis de 15 a 60 mg por dosis cada 4 horas por vía oral, en tabletas, en combinación con el paracetamol.

Dosis máxima de codeína de 400 mg en 24 horas por vía oral.</td><td>Ajustar la dosis de acuerdo con la gravedad del dolor y la respuesta del paciente.</td></tr>
<tr><td>Si no controla, añadir buprenorfina transdérmica</td><td>Aplicar parche en contexto de falla de respuesta a opioide previo.</td><td>Recomendado en pacientes con ERC.</td></tr>
</table></td><td>BPC</td><td></td></tr>
</table>

	parches de 35 mcg/h.				
Disnea					
● Posición sentada y elevación de cabeza ● Técnicas de relajación respiración eficaz ● Evitar uso de ventiladores de uso domiciliario.	Oxígeno suplementario	En caso de hipoxemia (SatO2 < 94%), dar oxígeno a demanda.	En caso de no control de la disnea, considerar el uso de opioides.		
Ansiedad /insomnio					
Informar al paciente y absolver sus dudas acerca de la enfermedad, además: ●Ambiente calmado ●Disminuir cantidad de personas alrededor del paciente ●Soporte espiritual.	Clonazepam tableta: 0.5 mg	0.5 mg VO PRN ansiedad y/o insomnio (Dosis máxima: 4 mg/día)	Evaluar efectividad a los 10 minutos. De no obtener efecto, considerar administrar una segunda dosis.		
	Midazolam ampolla: 5 mg/5mL	5 mg SC en 24 horas para ERC, ansiedad con agitación psicomotriz	Evaluar efectividad a los 10 minutos. De no obtener efecto, considerar administrar una segunda dosis.		
Delirio					
●Comunicación efectiva con familiares o cuidadores ●Mantener un ambiente calmado ●Evitar movilización entre ambientes de forma innecesaria.	Haloperidol ampolla: 5 mg/mL	1 a 2.5 mg VO/SC en las noches cada 2 horas. Aumentar dosis en 0.5 a 1 mg según se necesite (Dosis máxima 5 mg/día).			
	Midazolam ampolla: 5 mg/5mL	5 mg en 24 horas si tasa de filtración glomerular <30 ml/min.			
Náuseas o vómitos					
● Comidas no copiosas y fraccionadas.	Metoclopramida ampolla: 10 mg/mL (Primera opción)	10 mg SC/IV c/8 horas (Dosis máxima recomendable 30-40 mg/día).	Considerar causas por medicamentos o trastorno hidroelectrolíticos como hiponatremia o hipercalcemia.		
	Haloperidol ampolla: 5 mg/mL (En sospecha de causa metabólica)	1 a 2.5 mg (2,5 a 5 mg) VO/SC en las noches cada 2 horas más PRN. Aumentar dosis en 0.5 a 1 mg según se necesite (Dosis máxima 50 mg/día).			
Prurito					
● Hidratación de piel y valorar posibles irritantes en el	Antihistamínicos:	4 mg VO cada 24 horas, preferible el uso nocturno	Considerar el uso de agentes tópicos		

entorno del paciente. ● Preservar uñas cortas y utilizar jabones hipoalergénicos.	Clorfenamina tableta de 4mg.		refrescantes mentolados.		
Constipación					
Incrementar el consumo de fibra en la dieta.	Considerar el uso de polietilenglicol (PEG) sobres de 175 ml.	Dosis completa es de 4 sobres o frascos de 175 ml. Disolver en 1 litro de agua.			
Piernas inquietas					
Revisar y valorar el uso de opioides como principal causa de piernas inquietas.	Si persiste a pesar del retiro de opioides, administrar diazepam 5mg tableta.	Administrar 5-10mg de manera condicional.	Valorar el estado hidroelectrolítico y de haber alteraciones corregirlas.		
	Midazolam ampolla: 5 mg/5mL.	5 mg en 24 horas si tasa de filtración glomerular <30 ml/min.			
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, considerar dentro de las intervenciones educativas y psicosociales realizar un "plan de cuidados avanzados para el fin de la vida" donde luego de una educación adecuada, se discutan y clarifiquen las opciones terapéuticas disponibles en el contexto de la progresión inminente de la enfermedad y el fin de la vida.				**BPC**	
Pregunta 8. En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, ¿cuál debe ser el plan de inmunizaciones?					
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, recomendamos brindar la vacunación contra la influenza.				**Recomendación fuerte a favor**	**Muy baja** ⊕⊖⊖⊖
La frecuencia de administración de la vacuna contra la Influenza debe ser anual a menos que se presenten contraindicaciones.				**BPC**	
La vacunación contra la Influenza también debe ser brindada a las personas con las que el paciente tenga contacto continuo, así como el personal de salud que los atiende, de manera anual.				**BPC**	
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, recomendamos brindar la vacunación contra la Hepatitis B.				**Recomendación fuerte a favor**	**Muy baja** ⊕⊖⊖⊖
La respuesta serológica a la vacunación contra Hepatitis B se medirá por la presencia de anticuerpos anti-HBs, considerándose protectores los				**BPC**	

niveles mayores a 10 mUI/ml. En los casos en los cuales no se alcance dicho objetivo, se podría considerar una dosis de refuerzo.		
En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, es aconsejable brindar la vacunación contra el neumococo, a menos que existan contraindicaciones.	**BPC**	
Pregunta 9: En adultos con ERC en estadio 5 con indicación de terapia de reemplazo renal, ¿qué terapia se debería indicar de inicio (hemodiálisis *versus* diálisis peritoneal)?		
En pre diálisis se debe valorar previamente la aplicabilidad de las otras opciones de tratamiento (trasplante renal o manejo conservador). Considerar el inicio de diálisis por debajo de 15 ml/min/1.73m2 de filtración glomerular, siempre y cuando exista una indicación por síntomas de uremia o complicaciones.	**BPC**	
Considerar las contraindicaciones absolutas para el trasplante renal: ● Infecciones activas, ● malignidad activa, ● abuso de sustancias psicoactivas, ● insuficiencia renal reversible, ● enfermedad psiquiátrica no controlada, ● incumplimiento documentado del tratamiento activo y en curso, ● esperanza de vida significativamente reducida. En caso de no tener contraindicaciones, el paciente realizará protocolo para ingreso a lista de espera de trasplante renal y recibirá terapia dialítica de soporte hasta la efectivización del trasplante.	**BPC**	
En adultos con ERC en estadio 5 con indicación de terapia de reemplazo renal, sugerimos indicar diálisis peritoneal de inicio especialmente, en los siguientes casos: ● Pacientes jóvenes en los que se requiere priorizar la calidad de vida, función física, o función cognitiva. ● Adultos mayores a 65 años para la prevención eventos cardiovasculares por intolerancia a cambios hemodinámicos. Se debe considerar una decisión informada y compartida.	**Recomendación condicional a favor**	**Muy baja** ⊕⊖⊖⊖
Se contraindica diálisis peritoneal en: ● Pacientes con peritoneo inservible o situación Psicosocial que limite la realización del procedimiento ● Pacientes que se nieguen a la realización del procedimiento ● Imposibilidad de realizar el procedimiento (trastorno físico, mental, falta de apoyo familiar, espacio físico inadecuado) ● Contraindicaciones absolutas: enfermedad abdomino-peritoneal (resecciones intestinales, diverticulitis, hernias no corregidas o no tratables, abscesos abdominales, enfermedad intestinal isquémica, presencia de prótesis o valvulopatías derivativas)	**BPC**	

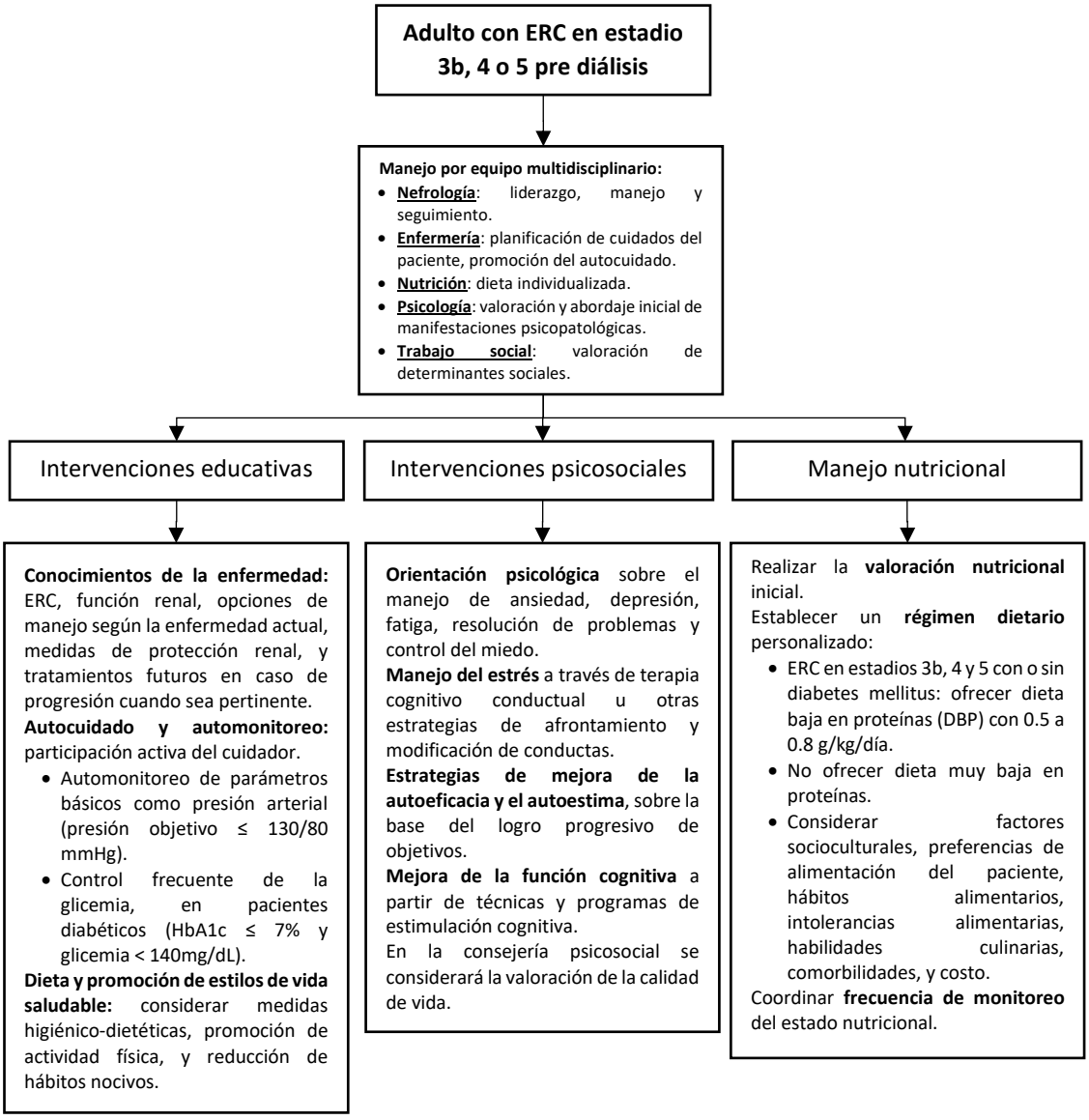
• Contraindicaciones relativas: ostomías, gastroparesia diabética enfermedad renal poliquística, cirugías abdominales múltiples, obesidad mórbida y enfermedad pulmonar grave.		
En los pacientes en los que se indique diálisis peritoneal, se podría indicar IECA o ARA-II para preservar la función renal residual.	**BPC**	
En adultos con ERC en estadio 5 con indicación de terapia de reemplazo renal (TRR), sugerimos indicar hemodiálisis de inicio, en pacientes que toleren adecuadamente los cambios hemodinámicos, que requieran un tratamiento continuo o intensivo, y que tengan contraindicaciones de diálisis peritoneal; teniendo en cuenta una decisión informada y compartida sobre todas las opciones de TRR.	**Recomendación condicional a favor**	**Muy baja** ⨁⊖⊖⊖
Durante la etapa pre diálisis, en pacientes en los que se considere inminente el inicio de hemodiálisis crónica se debe priorizar la elección y creación del acceso vascular, lo cual, estará a cargo del cirujano vascular. La decisión del acceso vascular debe individualizarse para promover la atención centrada en el paciente mediante un equipo multidisciplinario, teniendo en cuenta la preservación de las venas para un posible acceso futuro y la compatibilidad del acceso elegido con el plan de vida del paciente con ERC.	**BPC**	
Se considera que el primer acceso vascular debe ser una fístula arteriovenosa (AV) o un injerto arteriovenoso, a definir luego de la evaluación individualizada del paciente.	**BPC**	
Para la indicación de una fístula AV se debe considerar la evaluación anatómica que incluye un examen físico y puede incluir un mapeo vascular, usando ultrasonido, para medir las características (diámetro, profundidad) de los vasos disponibles. Las arterias y venas de menos de 2 mm deben someterse a una evaluación cuidadosa de su viabilidad y calidad antes de crear una fístula AV.	**BPC**	
Se podría considerar un injerto AV cuando no es factible realizar una fístula AV. Se pueden considerar los injertos AV de uso temprano para acelerar la extracción del catéter, ya que esto puede reducir las complicaciones relacionadas con el catéter.	**BPC**	
Cuando algunos pacientes no puedan lograr el acceso AV, es posible que deban manejarse con un catéter venoso central de larga permanencia.	**BPC**	

* Recomendación basada en evidencias, (R) o buenas prácticas clínicas (BPC) basadas en consenso

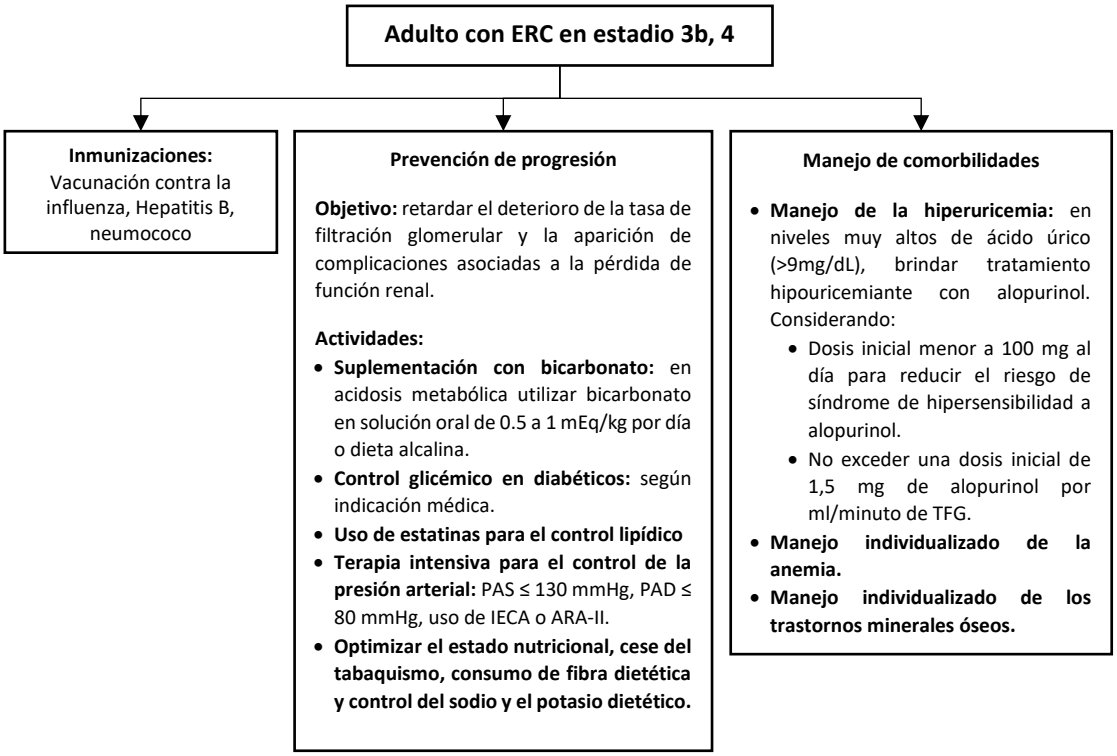
** La certeza de la evidencia solo se establece para las recomendaciones, mas no para las BPC.

Flujogramas

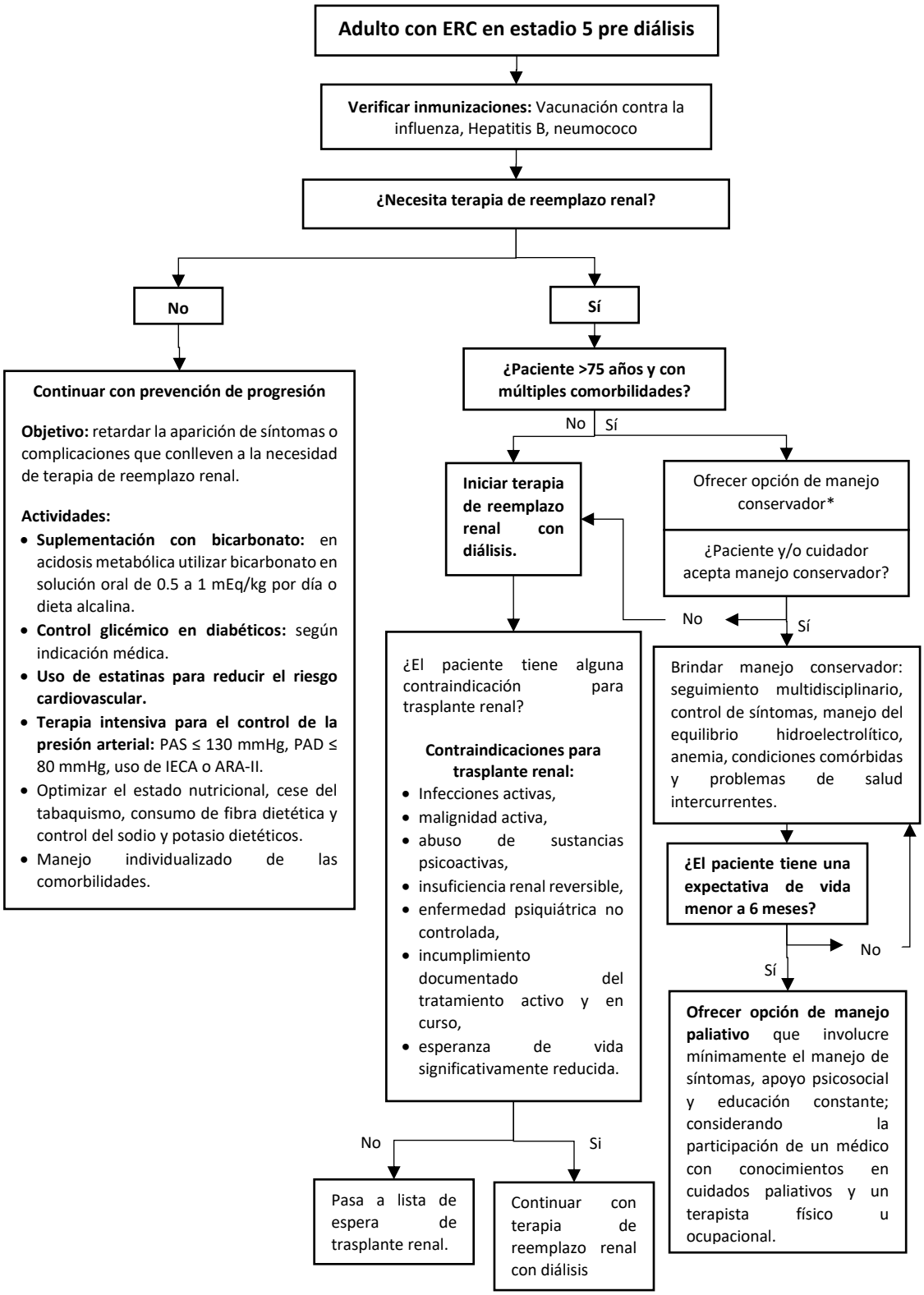
Flujograma 1. Flujograma para el manejo multidisciplinario de la enfermedad renal crónica en estadios 3b a 5



Flujograma 2. Flujograma para el manejo de la enfermedad renal crónica en estadios 3b, 4 y 5



Flujograma 3. Flujograma para el manejo de la enfermedad renal crónica en estadio 5



* El manejo conservador implica un seguimiento multidisciplinario para el mantenimiento de la calidad de vida, control de síntomas, manejo del equilibrio hidroelectrolítico, anemia, condiciones comórbidas y problemas de salud intercurrentes; además de la posibilidad de implementación de cuidados al final de la vida cuando sea apropiado.

Flujograma 4. Flujograma para el manejo dialítico de la enfermedad renal crónica en estadio 5

