

DETECCIÓN PRECOZ, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SEGÚN ESTADÍO EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS

La Enfermedad Renal Crónica representa una disminución de la función renal, lenta, progresiva e irreversible si no se lo asiste preventiva y oportunamente con tratamiento sustitutivo.

Se han definido distintos estadios en esta enfermedad, en función del Filtrado Glomerular y/o daño renal. En cada estadio se reconocen distintas manifestaciones clínicas, que a su vez tienen correlato con otras deficiencias humorales, cardíacas, endocrinas, metabólicas y neurológicas.

El objetivo de este documento es describir los factores de riesgo, las características clínicas y de laboratorio de la población susceptible de desarrollar o padecer ERC. Asimismo, establecer las pautas propuestas para el seguimiento de los pacientes, de acuerdo al estadio en que se encuentren.

ESTADÍO	DESCRIPCIÓN	DETECCIÓN PRECOZ DE ERC	METAS y SEGUIMIENTO
Situación en riesgo de ERC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes Mellitus ▪ Hipertensión ▪ Hábito tabáquico ▪ Proteinuria. ▪ Hematuria aislada luego de descartarse una causa urológica. ▪ Consumo crónico de drogas potencialmente nefrotóxicas o 	<p>En todo paciente con Factores de Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ IFGe: calculado con creatinina plasmática y ecuación MDRD4/ EPI-CKD <p>Además:</p> <p>En todo paciente con Factores de Riesgo excepto en diabéticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Índice urinario proteinuria / 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr niveles estables de presión arterial <140/90 mmHg ▪ HbA1c <7 % en Diabetes Mellitus ▪ Indicar IECA si hay proteinuria positiva con o sin HTA. ▪ Indicar IECA si hay microalbuminuria positiva en DBT con o sin HTA. ▪ Indicar ARA II si hay contraindicación de IECA.

	<p>exposición a metales pesados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes de patologías obstructivas urológicas. ▪ Antecedentes de infarto agudo de miocardio, accidente cerebro-vascular o arteriopatía periférica. ▪ Antecedentes familiares de enfermedades renales. ▪ Antecedentes de enfermedades sistémicas como el Lupus Eritematoso Sistémico (LES). ▪ Antecedentes de enfermedad renal 	<p>creatininuria en una muestra aislada de orina concomitante con la medición del FG</p> <p>✓ VN <300 mg/g</p> <p>En pacientes diabéticos:</p> <p>✓ Índice urinario en orina espontánea albúminuria / creatininuria. en una muestra aislada de orina concomitante con la medición del IFGe</p> <p>✓ VN < 30 mg/g</p> <p>Microalbuminuria: entre 30 mg/g y 300 mg/g</p> <p>Proteinuria >a 300 mg/g</p> <p>En pacientes con antecedentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ER (enfermedad renal) • deterioro de la función renal • poliquistosis • hematuria • síntomas obstructivos urinarios: <p>Estudios por imágenes: Ej. ecografía renal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicar estatinas si el riesgo cardiovascular supera el 20% a 10 años, para lograr niveles de LDL < a 100mg%. ▪ Realizar actividad física moderada. ▪ Consejería para cesación tabáquica. ▪ Descenso de peso en el hombre con una circunferencia de cintura \geq a 94 cm y en la mujer con una circunferencia de cintura \geq 80 cm. ▪ Evitar medicamentos y sustancias potencialmente nefrotóxicas (AINES, sustancias de contraste iodado, etc.).
--	--	--	---

ESTADÍO	DESCRIPCIÓN	SEGUIMIENTO	METAS y TRATAMIENTO
Estadio I	Daño renal con FG \geq 90ml/min	<p><u>Control Semestral</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión Arterial • Laboratorio General: hemograma, glucemia, uremia, creatininemia, ionograma, proteínas totales, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, calcemia, fosfatemia y ácido úrico • Orina: Completa, Clearance de Creatinina 24 hs, proteinuria en orina de 24 hs. • Si es diabético: Microalbuminuria en orina de 24h o Índice Albuminuria/Creatininuria y HbA1C <p><u>Control cada 6 a 12 meses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De las comorbilidades <p>Interconsultas: cardiólogo, nutricionista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr niveles estables de presión arterial : <ol style="list-style-type: none"> 1. <130/80 mmHg (si proteinuria < 1000 mg/g de creatinina) 2. <125/75 mmHg (si proteinuria > 1000 mg/g de creatinina) ▪ HbA1C <7 % en diabéticos ▪ Indicar IECA si hay proteinuria positiva mayor a 300 mg/g con o sin HTA. ▪ Indicar IECA si hay microalbuminuria positiva entre 30 mg/g y 300 mg/g en DM con o sin HTA. ▪ Indicar ARA II si hay contraindicación de IECA. ▪ Indicar estatinas si el riesgo cardiovascular supera el 20% a 10 años para lograr niveles de LDL < a 100mg%. ▪ Realizar actividad física moderada. ▪ Consejería para cesación tabáquica ▪ Descenso de peso en el hombre con una

		<p><u>Cada 12 meses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecografía renal ▪ PSA ▪ Control Ginecológico ▪ Serologías de hepatitis B y C, HIV. 	<p>circunferencia de cintura \geq a 94 cm y en la mujer con una circunferencia de cintura \geq 80 cm.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar medicamentos y sustancias potencialmente nefrotóxicas (AINES, sustancias de contraste iodado, etc.). ▪ Plan de alimentación adecuado apacientes que padezcan diabetes, hipertensión, obesidad o dislipemia.
Estadio II	Daño renal con FG 60-89 ml/min	<p><u>Control Semestral</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión Arterial • Laboratorio General: Hemograma, glucemia, uremia, creatininemia, ionograma, proteínas totales, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, calcemia, fosfatemia y ácido úrico. • Orina: Completa, Clearance de Creatinina 24 hs , proteinuria en orina de 24 hs. • Si es diabético microalbuminuria de 24h 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr niveles estables de presión arterial : <ol style="list-style-type: none"> 1. $<130/80$ mmHg (si la proteinuria < 1000 mg/g de creatinina) 2. $<125/75$ mmHg (si proteinuria > 1000 mg/g de creatinina) ▪ HbA1C <7 % en diabéticos. ▪ Indicar IECA si hay proteinuria mayor a 300 mg/g con o sin HTA. ▪ Indicar IECA si hay microalbuminuria positiva entre 30 mg/g y 300 mg/g en DM con o sin HTA. ▪ Indicar ARA II si hay contraindicación de IECA. ▪ Indicar estatinas si el riesgo cardiovascular supera el 20% a 10 años para lograr niveles de

		<ul style="list-style-type: none"> • Índice Albuminuria/Creatininuria • HbA1C <p><u>Cada 6 a 12 meses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de las comorbilidades • Interconsultas: cardiólogo, nutricionista. <p><u>Cada 12 meses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecografía renal ▪ PSA ▪ Control Ginecológico ▪ Serologías de hepatitis B y C, HIV. 	<p>LDL < a 100mg%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar actividad física moderada. ▪ Consejería para cesación tabáquica. ▪ Descenso de peso en el hombre con una circunferencia de cintura \geq a 94 cm y en la mujer con una circunferencia de cintura \geq 80 cm. ▪ Evitar medicamentos y sustancias potencialmente nefrotóxicas (AINES, sustancias de contraste iodado, etc.). ▪ Plan de alimentación para pacientes que padezcan diabetes, hipertensión, obesidad o dislipemia.
--	--	--	--

<p>Estadio III</p>	<p>FG 30-59 ml/min</p> <p>Este estadio se puede dividir en :</p> <p>Estadio IIIa FG 59-45 ml/min</p> <p>Estadio IIIb FG 44-30 ml/min</p>	<p><u>Control Cuatrimestral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión Arterial • Laboratorio General: Hemograma con índices hematimétricos (VCM, HCM), glucemia, uremia, creatininemia, ionograma, proteínas totales, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr niveles estables de presión arterial <ol style="list-style-type: none"> 1. <130/80 mmHg (si proteinuria < 1000 mg/g de creatinina) 2. <125/75 mmHg (si proteinuria >1000 mg/g de creatinina) ▪ HbA1C <7 % en diabéticos ▪ Indicar IECA si hay proteinuria positiva con o sin
---------------------------	--	---	---

		<p>calcemia, fosfatemia, y ácido úrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orina: Completa, Clearance de Creatinina 24 hs, proteinuria en orina de 24 hs. • Si es diabético microalbuminuria de 24h • Índice Albuminuria/Creatininuria • HbA1C <p><u>Control cada 6 meses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Control del perfil férrico: ferritina sérica y porcentaje de saturación de la transferrina (TSAT). Debe controlarse en forma anual si estos valores son normales o cada seis meses si hay un perfil alterado. • Control de las comorbilidades • Consultas: Cardiólogo, nutricionista. • Plan de alimentación para pacientes que padezcan diabetes, hipertensión, obesidad o dislipemia. 	<p>HTA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicar IECA si hay microalbuminuria positiva en diabéticos con o sin HTA. ▪ Indicar ARA II si hay contraindicación de IECA. ▪ Indicar estatinas si el riesgo cardiovascular supera el 20% a 10 años para lograr niveles de LDL < a 100mg%. ▪ Realizar actividad física moderada. ▪ Consejería para cesación tabáquica ▪ Descenso de peso en hombres con una circunferencia de cintura >o igual a 94 cm y 80 cm en la mujer. ▪ Evitar medicamentos y sustancias potencialmente nefrotóxicas (AINES, sustancias de contraste iodado, etc.). <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hb 10,5 a 12 g/dl. ▪ Ferritina > 100µg/dl,
--	--	---	---

		<p><u>Cada 6-12 meses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Parathormona • 25(OH) Vit.. D <p><u>Cada 12 meses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecografía renal ▪ PSA ▪ Control ginecológico ▪ Serologías de hepatitis B y C, HIV. <p><u>INTERCONSULTA CON EL NEFRÓLOGO si en los Estadios I, II y IIIa se presenta</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Caída del FG a menos de 60 ml/min sin causa conocida. Si ya se tiene diagnóstico de ERC y se está en tto. Derivar con IFG <45 ml/min. • Rápido deterioro de la función renal (4-6 ml/min./año) • HTA de difícil control o algunas alteraciones electrolíticas (especialmente la hiperpotasemia > 5.5 mEq/L). • Presencia de anemia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TSAT>20%. ▪ Calcio: 8,4 a 9,5 mg/dl ▪ Fosfatemia: 2,7 a 4,6 mg/dl. <p>Aporte de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hierro ▪ Ácido fólico ▪ Complejo Vit.. B <p>Dada la complejidad del manejo de los pacientes con ERC, particularmente en estadios más avanzados (3-5), se sugiere que el tratamiento lo realice un equipo multidisciplinario que incluya un especialista en nefrología, enfermero(a), nutricionista y trabajador(a) social.</p> <p>Si por escasez de nefrólogos y de recursos económicos, la atención multidisciplinaria no es factible, se sugiere reforzar la atención de estos pacientes por médicos de atención primaria (MAP), particularmente en las fases tempranas de la ERC (1-3).</p>
--	--	--	--

		<p>(hemoglobina < 10 g/dL).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparición de proteinuria y/o agravamiento de la ya existente • Presencia de alteraciones del metabolismo óseo y mineral asociadas a la ERC (p. ej., hiperfosfatemia, hipocalcemia, hiperparatiroidismo, calcificaciones vasculares). • Cuando existen dudas sobre la causa de la ERC 	<p>Varios estudios han reportado que, con entrenamiento apropiado y el apoyo de guías de práctica clínica, los MAP pueden tratar adecuadamente a los pacientes con estadios tempranos de ERC.</p>
<p>Estadio IV</p>	<p>FG 15-29 ml/min</p>	<p><u>Control Trimestral</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión Arterial • Laboratorio General:Hemograma con índices hematimétricos (VCM, HCM), glucemia, uremia,creatininemia, ionograma, proteínas totales, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, calcemia, fosfatemia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener HBsAg a títulos protectores <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hb10,5 a 12 g/dl ▪ Ferritina > 100 µg/dl, TSAT >20% ▪ Calcio: 8,4 a 9,5 mg/dl

		<p>y ácido úrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orina: Completa, CLCR 24 hs , proteinuria en orina de 24 hs. • Si es diabético: Control de HbA1C cada 6 meses • Control del perfil férrico: ferritina sérica y porcentaje de saturación de la transferrina (TSAT). Debe controlarse en forma anual si estos valores son normales o cada seis meses si hay un perfil alterado. Descartar anemia por otras causas (por ej. pérdidas...) • Control de las comorbilidades • Consultas: Cardiólogo, nutricionista. • Plan de alimentación para pacientes que padezcan diabetes, hipertensión, obesidad o dislipemia. • HbA1C. <p><u>Cada 12 meses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecografía renal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fosfatemia: 2,7 a 4,6 mg/dl <p>Aporte de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hierro ▪ Ácido fólico ▪ Complejo Vit. B <p><i>Si la PTH está por debajo de dos veces el valor máximo normal hay riesgo de bajo remodelado óseo.</i></p> <p>Corregir el aumento de Fósforo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta ▪ Quelantes cálcicos y NO cálcicos ▪ Vit D análogos ▪ Dieta entre 2 y 3 g de sodio/día y 0,8g/Kg./día de proteínas. ▪ Control de P, Na y K. ▪ HbA1C menor de 7% ▪ IMC entre 20 y 25. Descenso de peso en el
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ PSA ▪ Control ginecológico ▪ Serologías de hepatitis B y C, HIV. ▪ Control de las co-morbilidades ▪ Plan de alimentación para pacientes que padezcan diabetes, hipertensión, obesidad o dislipemia. ▪ Evaluar estado nutricional <p>Evaluar indicación de Acceso definitivo en pacientes diabéticos</p> <p><u>Cada 6 meses</u></p> <p>Interconsultas: cardiólogo, nutricionista.</p>	<p>hombre con una circunferencia de cintura \geq a 94 cm y en la mujer con una circunferencia de cintura \geq 80 cm.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Ofrecer oportunamente amplia y adecuada información acerca de las alternativas que la medicina actual le ofrece para reemplazar la función renal, si fuera necesario jerarquizando como primera opción el trasplante.</i> ✓ <i>Al respecto suministrar información tanto para el paciente como para la familia de la Evaluación Pre-Trasplante para el ingreso a Lista de Espera.</i> ✓ <i>Evaluar indicación de acceso definitivo</i> ✓ <i>Suministrar información acerca de las dos modalidades de diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal)</i>
Estadio V	FG < 15 ml/min	<p><u>Control mensual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado nutricional • Sintomatología urémica • Tensión arterial • Sobrecarga de volumen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta entre 2 y 3 g de sodio/día y 0,8g/Kg./día de proteínas. ▪ Control de P, Na y K. ▪ HbA1C menor de 7% ▪ IMC entre 20 y 25. Descenso de peso en el

		<ul style="list-style-type: none"> • Acidosis metabólica • Laboratorio General: hemograma, glucemia, urea, creatinina, CLCR 24 hs, Prot. de 24 hs, Ionograma, prot. totales, ácido úrico, col T, TG, HDL, LDL, calcemia y fosfatemia. orina completa • Control metabolismo fosfocálcico. <p>Si es diabético: control de HbA1C cada 6 meses. Tener en cuenta que pierde valor en caso de anemia</p> <p><u>Cada 3 meses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Parathormona • 25(OH) Vit. D <p>Serologías de</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis B y C, • HIV. <p><u>Cada 12 meses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecografía renal ▪ PSA 	<p>hombre con una circunferencia de cintura \geq a 94 cm y en la mujer con una circunferencia de cintura \geq 80 cm.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hb10,5 a 12 g/dl. ▪ Ferritina > 100µg/dl ▪ TSAT > 20%. ▪ Descartar pérdidas. <p>Aporte de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hierro ▪ Ácido fólico ▪ Complejo Vit. B ▪ Eritropoyetina <p>✓ <i>Ofrecer amplia y adecuada información acerca de las alternativas que la medicina actual le ofrece para, llegado el caso reemplazar la función renal, jerarquizando como primera opción el trasplante.</i></p> <p>✓ <i>Suministrar información tanto para el paciente como para la familia de la Evaluación Pre-Transplante para el ingreso a Lista de Espera.</i></p>
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control ginecológico ▪ Serologías de hepatitis B y C, HIV. ➤ Estudios pautados y en tiempo oportuno según Res. INCUCAI N° 117-11 para ingreso a lista de espera para Trasplante. ➤ Cuando corresponda, programación del acceso definitivo (catéter de diálisis peritoneal o acceso vascular nativo o protésico para hemodiálisis). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Evaluar indicación de acceso definitivo</i> ✓ <i>Suministrar información acerca de las dos modalidades de diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal)</i>
--	--	---	---

Bibliografía

- ⤴ National Kidney Foundation K/DOQI Clinical Practical Guideline and clinical practice recommendations for diabetes and CKD. Am J Kidney Dis 2007;49: Supp2: S12-S154
- ⤴ Stage IV Chronic Kidney Disease. Abboud H and Henrich W. N Eng J Med 362;1. January7, 2010
- ⤴ The contribution of Chronic Kidney Disease to the global burden of major non communicable disease. Couser, W, Remuzzi, G, et al. Kidney International on line publication, October 2011
- ⤴ The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Funded to produce guidelines for the NHS by NICE. Published by Royal College of Physicians
- ⤴ Medida de la Función Renal. Evaluación del Cociente Microalbuminuria/Creatinina. Valor de la Tira Reactiva y del Sedimento Urinario. Indicaciones para solicitar ecografía renal Nefrología vol. 24 suplemento N° 6 2004 E. Rodrigo Calabria. Pag. 35 a 46
- ⤴ Consenso de Metabolismo Óseo- mineral SAN año 2011
- ⤴ Guías Latinoamericanas de Practica Clínica sobre Prevención Diagnóstico y Tratamiento de los Estadios 1-5 de la Enfermedad renal Crónica SLANH-FMR

VACUNACIÓN

Normas según Calendario Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud de la Nación, excepto contraindicaciones:

- **Doble bacteriana:** difteria y tétanos (dT): en todas las personas, refuerzo desde los 16 años, cada 10 años, luego del esquema completo de la infancia, o desde los 11 años si recibió Triple bacteriana acelular (dTap).
- **Influenza:** todas las personas mayores de 65 años o con diabetes o insuficiencia renal, refuerzo anual durante el mes de marzo.
- **Antineumocócica:** todas las personas mayores de 65 años o con diabetes o con insuficiencia renal. Refuerzo: **única dosis en personas mayores de 65 años o con diabetes, una revacunación ÚNICA en personas con ERC, a los 5 años de la 1era dosis.**
- **Vacunación de hepatitis B:** Mantener HBsAg a títulos protectores

Glosario

AINE	Antiinflamatorio no esteroideo
ARA	Antagonistas de los receptores de angiotensina II
CLCR	Clearance de creatinina
DBT	Diabetes
HTA	Hipertensión arterial
ERC	Enfermedad Renal Crónica
FR	Factores de riesgo
FG	Filtrado glomerular
HbA1C	Hemoglobina glicosilada
IECA	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
IMC	Índice de masa corporal
Índice Alb/Cr	Índice albuminuria /creatininuria
VN	Valor normal

Ecuación MDRD de 4 elementos

$186 \times (\text{creatinina plasmática})^{-1,154} \times \text{edad}^{-0,203}$ (0,742 si es mujer)

CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration)

Fórmula para "etnia negra"

Sexo femenino y creatininemia ≤ 0.7 mg/ml; IFG = $166 \times (\text{creatinina}/0.7)^{-0.329} \times (0.993)^{\text{edad}}$ y creatininemia > 0.7 mg/ml; IFG = $166 \times (\text{creatinina}/0.7)^{-1.209} \times (0.993)^{\text{edad}}$

Masculino y creatininemia ≤ 0.9 mg/ml; IFG = $163 \times (\text{creatinina}/0.9)^{-0.411} \times (0.993)^{\text{edad}}$ y creatininemia > 0.9 mg/ml; IFG = $163 \times (\text{creatinina}/0.9)^{-1.209} \times (0.993)^{\text{edad}}$

Fórmula para "etnia blanca"

Sexo femenino y creatininemia ≤ 0.7 IFG = $144 \times (\text{creatinina}/0.7)^{-0.329} \times (0.993)^{\text{edad}}$ y creatininemia > 0.7 IFG = $144 \times (\text{creatinina}/0.7)^{-1.209} \times (0.993)^{\text{edad}}$

Masculino y creatininemia ≤ 0.9 IFG = $141 \times (\text{creatinina}/0.9)^{-0.411} \times (0.993)^{\text{edad}}$ y creatininemia > 0.9 IFG = $141 \times (\text{creatinina}/0.9)^{-1.209} \times (0.993)^{\text{edad}}$

3.2. Tabla de seguimiento

ESTUDIOS A SOLICITAR DE ACUERDO A CADA ESTADIO

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	ESTADÍOS DE ERC					
LABORATORIO	Pacientes con Factores de Riesgo	I	II	III	IV	V
Creatinina plasmática	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
Filtrado Glomerular por MDRD4/ EPI-CKD	c/12 m	c/12 m				
Clearance de Creatinina (orina de 24h)		c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
Proteína/creatinina en orina espontánea (en FR NO DM)	c/12 m					
Proteinuria de 24h	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
Albúmina/creatinina en orina espontanea (en DM)	c/12 m	c/12 m				
Microalbuminuria de 24hs			c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	
Hemograma	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
Indices Hematimétricos	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m
Reticulocitos	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m
Ferremia	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m
Ferritina	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m
% de Saturación de Transferrina	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m
Uremia	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
Glucemia	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
Hemoglobina glicosilada (HbA1C)	c/6 m	c/6 m	c/6 m	c/6 m	c/6 m	c/6 m
Colesterol Total , HDL, LDL	c/6 m	c/6 m	c/6 m	c/6 m	c/6 m	c/6 m
Triglicéridos	c/6 m	c/6 m	c/6 m	c/6 m	c/6 m	c/6 m
Orina completa	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
Ionograma	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
Ácido Úrico	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
Calcemia y fosfatemia	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
Vit D 25 (OH)				c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m
Parathormona (PTH)				c/ 6 a 12m	c/ 6 a 12m	c/ 3m
Proteínas totales						Mensual
Hepatograma						Mensual
Ácido Base					c/3 m	Mensual
PSA	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m
Serología HBV	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m
Serología HCV	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m
Serología HIV	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m
IMÁGENES	Pacientes con Factores de Riesgo	I	II	III	IV	V
ECOGRAFÍA RENAL	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m
RX de Torax	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m
INTERCONSULTAS	Pacientes con Factores de Riesgo	I	II	III	IV	V
NEFRÓLOGO	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
CARDIÓLOGO	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
NUTRICIONISTA	c/12 m	c/12 m	c/6 m	c/ 4 m	c/3 m	Mensual
GINECÓLOGO	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m	c/12 m
CIRUJANO VASCULAR					X si DBT	X