

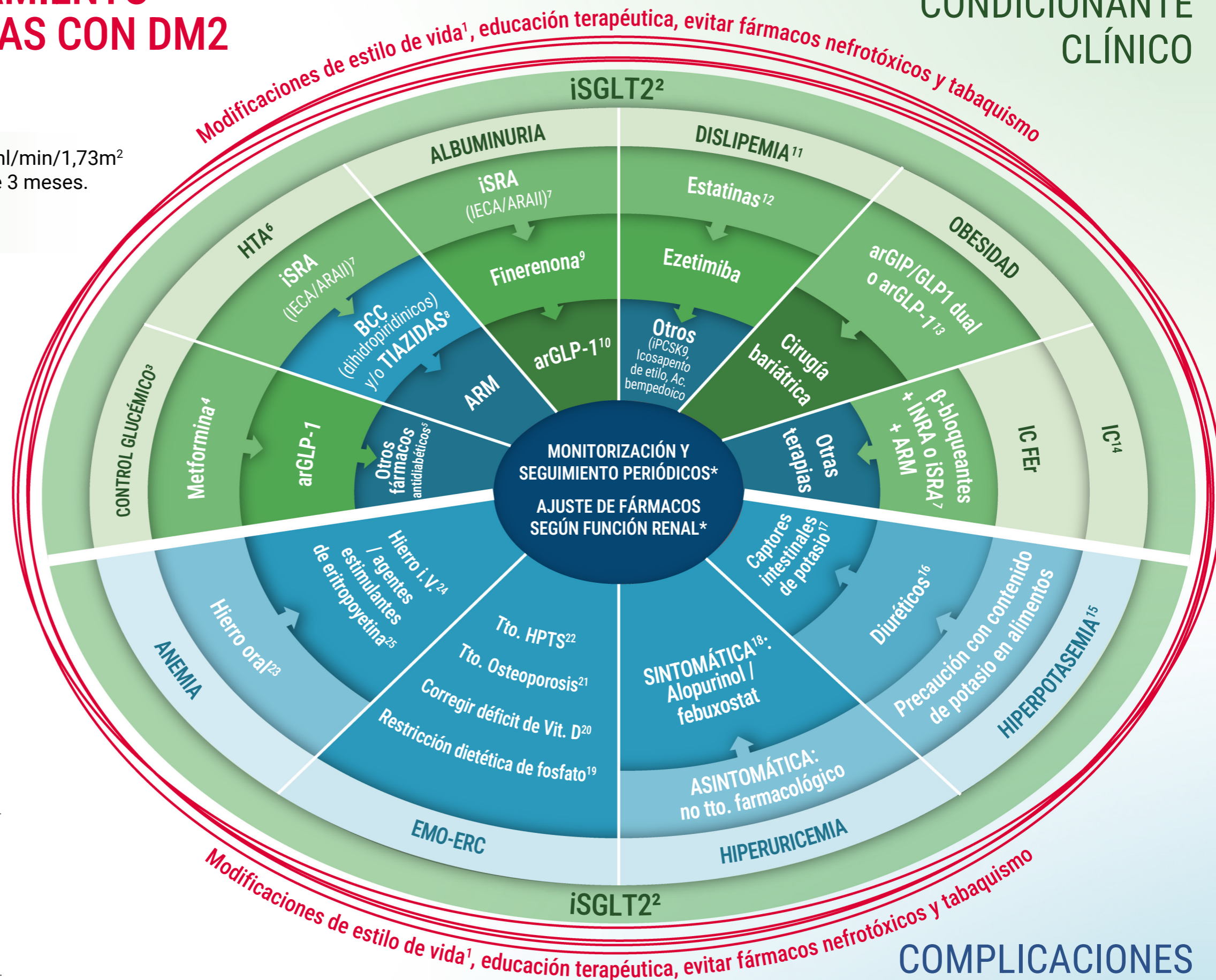
ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA ERC EN PERSONAS CON DM2

redGDPS ^{Fundación} 2024

CONDICIONANTE CLÍNICO

- Diagnóstico ERC: presencia de TFGe < 60 ml/min/1,73m² y/o albuminuria >30mg/g al menos durante 3 meses.
- Estadaje y pronóstico.*
- Tratar causas subyacentes.

- Ejercicio físico individualizado en función de situación clínica. ERC G1-G3: Restricción moderada de sodio en caso de HTA o sobrecarga hidrosalina. ERC G4-G5: Restricción moderada de sodio, potasio, fósforo y proteínas (0,8 g/kg/día no en diálisis). Consultar algoritmo sobre cambios en el estilo de vida en DM2 de la redGDPS.
- En todas las personas con DM2 y ERC con TFGe ≥20 ml/min/ 1,73 m² (canagliflozina, dapagliflozina, empagliflozina). Mantener hasta diálisis o trasplante.
- Objetivo de control glucémico individualizado: HbA1c < 6,5% a <8%. Consultar algoritmo de tratamiento de la DM2 de la redGDPS.
- Ajustar dosis según función renal. Suspender si TFGe < 30 ml/min.
- Recomendados: iDPP4, Pioglitazona, Repaglinida, Insulina. No asociar iDPP4 con arGLP1.
- Objetivo de TA <130/80 mmHg.
- Ajuste progresivo de dosis hasta la máxima tolerada. No asociar IECA y ARAII. Monitorizar niveles de potasio y función renal a las 2-4 semanas de iniciar u optimizar dosis de IECA/ARAII.
- Priorizar diurético tiazídico frente a BCC si HTA y albuminuria.
- En pacientes que estén en tratamiento optimizado con iSRA (IECA/ARAII) o que presenten intolerancia a éstos.
- Si persisten cifras elevadas de albuminuria y mal control glucémico.
- Objetivos sugeridos: reducción del c-LDL basal ≥ 50% y: c-LDL <70 mg/dl en ERC G3; c-LDL <55 mg/dl en ERC G4 y G5 (no en diálisis).
- De moderada/alta intensidad para conseguir los objetivos de control. Ajustar dosis según función renal (atorvastatina no precisa ajuste). Evitar tratamiento concomitante fibratos/estatinas.
- Según potencia (de mayor a menor): Tirzepatida-semaglutida s.c./oral-liraglutida-dulaglutida-resto de arGLP1
- Diuréticos si signos/síntomas de congestión. Consultar algoritmo Insuficiencia Cardíaca RedGDPS
- Descartar pseudohiperpotasemia. Si hiperpotasemia crónica grave o sintomática, o aguda > 6 mEq/l o con cambios en EKG, derivar al servicio de urgencias hospitalarias. No suspender iSRA y ARM si hiperpotasemia leve.
- Diuréticos de asa o tiazídicos si HTA, insuficiencia cardíaca o albuminuria.
- Ciclosilicato de sodio y zirconio, patiomer o Poliestireno sulfonato de calcio
- Iniciar tratamiento después del primer episodio de gota. Febuxostat: Precaución si ECV grave.
- Fomentar el consumo de proteínas de origen vegetal. En ERC G3a-G5 si persiste hiperfosfatemia progresiva añadir captadores de fosfato (limitar los que contengan calcio y evitar los que contengan aluminio).
- Seguir los mismos criterios que en población general.
- Hasta la categoría G3a de ERC si PTH normal, igual que en población general. En el resto valorar riesgo/beneficio a nivel individual.
- Si aumento progresivo y persistente de PTH, corregir causas modificables. Si persiste elevación de PTH 2-3 veces el límite superior, derivar para seguimiento y valoración de tratamiento con calcitriol o análogos de vit D (ERC G4- G5)
- Si ferritina < 100ng/ml o ferritina 100-300 ng/ml e IST <20%
- Si no se consigue niveles de ferritina 200-500 ng/ml e IST = 30%, derivar para valorar hierro i.v.
- Si tras descartar y/o corregir otras causas de anemia, los parámetros férricos son adecuados y la Hb es ≤ 10 g/dl (entre 10-11g/dl si es sintomática), remitir a Nefrología para valorar tto con agentes estimulantes de la eritropoyetina.



*Consultar material complementario

color verde: opciones con evidencias en reducción de eventos y/o progresión de la ERC

ABREVIATURAS

ARAII: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; arGIP: agonista del receptor del polipéptido insulínico; arGLP1: agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; ARM: antagonista de los receptores de los mineralocorticoides; BCC: bloqueadores de los canales de calcio; EMO-ERC: enfermedad mineral ósea asociada a enfermedad renal crónica;

ERC: enfermedad renal crónica; HbA1c: hemoglobina glicada; HPTS: hiperparatiroidismo secundario; HTA: hipertensión arterial; IC: Insuficiencia Cardíaca; ICFeF: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina; INRA: Inhibidor de la neprilisina y de receptor de angiotensina II;

iPCSK9: inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina 9; iSGLT2: inhibidor del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2; iSRA: inhibidor del sistema renina-angiotensina; IST: Índice de saturación de transferrina; PTH: hormona paratiroidea; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimado; Tto.:tratamiento.

COMPLICACIONES ERC