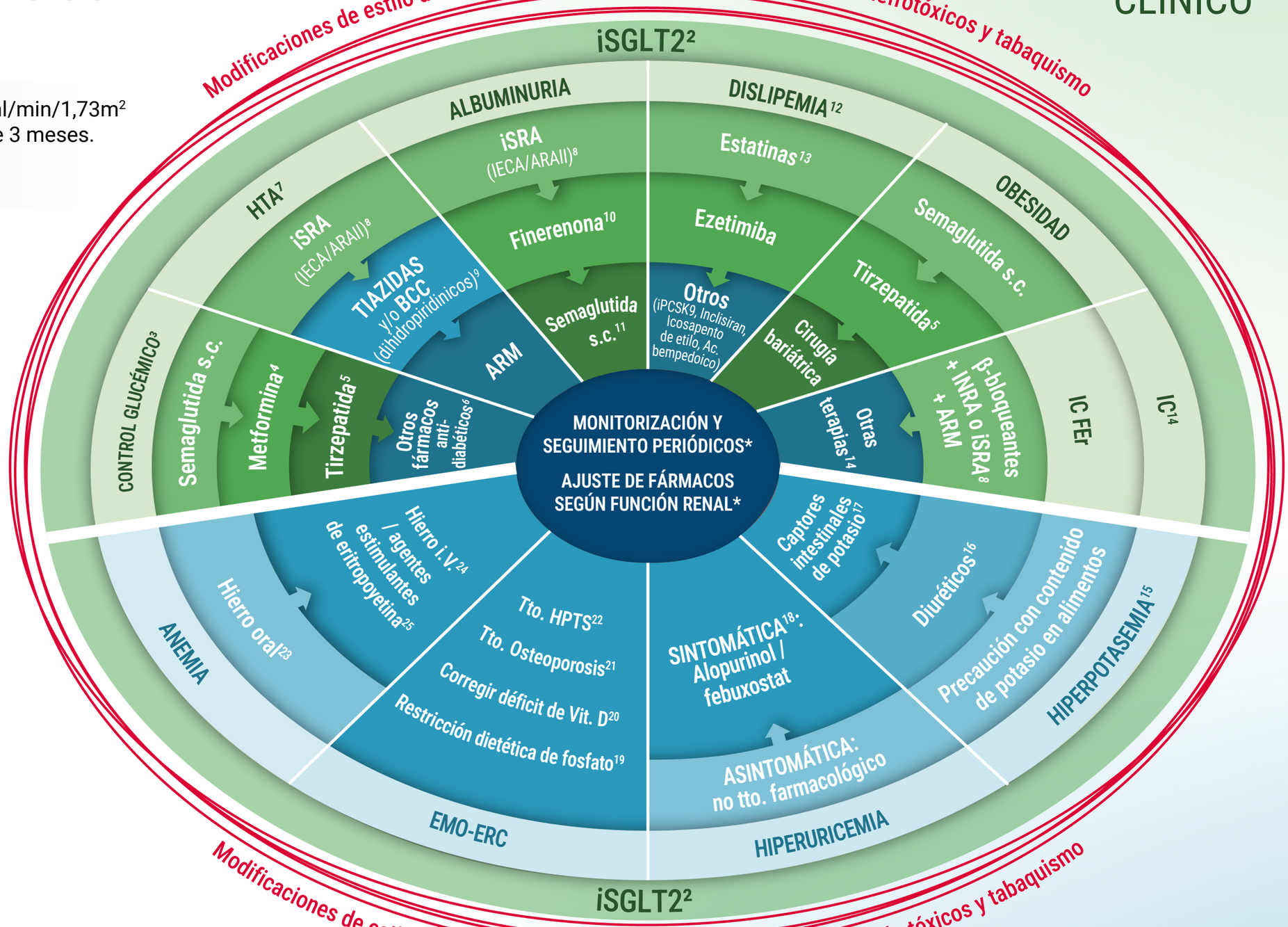
ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA ERC EN PERSONAS CON DM2

Fundación redGDPS 2026

- Diagnóstico ERC: presencia de TFGe < 60 ml/min/1,73m^2 y/o albuminuria ≥ 30mg/g al menos durante 3 meses.
- Estadiaje y pronóstico.*
- Tratar causas subyacentes.



1. 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.
2. En todas las personas con DM2 y ERC con TFGe ≥20 ml/min/ 1,73 m^2 (empagliflozina, dapagliflozina, canagliflozina). Mantener hasta diálisis o trasplante.
3. Objetivo de control glucémico individualizado: HbA1c < 6,5% a <8%. Consultar algoritmo de tratamiento de la DM2 de la redGDPS.
4. Ajustar dosis según función renal. Suspender si TFGe< 30 ml/min.
5. Si no se consigue objetivo de control glucémico o pérdida de peso, cambiar semaglutida por tirzepatida.
6. Recomendados: iDPP4, Pioglitazona, Repaglinida, Insulina. No asociar iDPP4 con arGLP1 ni con tirzepatida.
7. Objetivo de TA <130/80 mmHg.
8. Ajuste progresivo de dosis hasta la máxima tolerada. No asociar IECA y ARAII. Monitorizar niveles de potasio y función renal a las 2-3 semanas de iniciar u optimizar dosis de IECA/ARAII.
9. Priorizar diurético tiazídico frente a BCC si HTA y albuminuria.
10. En pacientes que estén en tratamiento optimizado con iSRA (IECA/ARAII) o que presenten intolerancia a éstos.
11. Si persisten cifras elevadas de albuminuria y mal control glucémico.
12. 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).
13. De moderada/alta intensidad para conseguir los objetivos de control. Ajustar dosis según función renal (atorvastatina no precisa ajuste). Evitar tratamiento concomitante fibratos/estatinas.
14. Diuréticos si signos/síntomas de congestión. Consultar algoritmo Insuficiencia Cardiaca RedGDPS.
15. Descartar pseudohiperpotasemia. Si hiperpotasemia crónica grave o sintomática, o aguda > 6mEq/l o con cambios en EKG, derivar a urgencias. No suspender iSRA y ARM si hiperpotasemia leve.
16. Diuréticos de asa o tiazídicos si HTA, insuficiencia cardiaca o albuminuria.
17. Ciclosilicato de sodio y zirconio, patiromer o Poliestireno sulfonato de calcio
18. Iniciar tratamiento después del primer episodio de gota. Febuxostat: Precaución si ECV grave.
19. Fomentar el consumo de proteínas de origen vegetal. En ERC G3a-G5 si persiste hiperfosfatemia progresiva añadir captores de fosfato (limitar los que contengan calcio y evitar los que contengan aluminio).
20. Seguir los mismos criterios que en población general.
21. Hasta la categoría G3a de ERC si PTH normal, igual que en población general. En el resto valorar riesgo/beneficio a nivel individual.
22. Si aumento progresivo y persistente de PTH, corregir causas modificables. Si persiste elevación de PTH 2-3 veces el límite superior de la normalidad, derivar para seguimiento y valoración de tratamiento con calcitriol o análogos de vit D (ERC G4- G5)
23. Si ferritina < 100 µg/l e IST < 20%, o si ferritina 100–300 µg/l e IST < 20%
24. Si no se consigue niveles de ferritina 200-500 ng/ml e IST del 30%, derivar para valorar hierro i.v.
25. 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; 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 Cardiaca; ICFEr: Insuficiencia cardiaca 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 filtración glomerular estimada; Tto.:tratamiento.