

INSUFICIENCIA RENAL

CLASIFICACIÓN

Categorías de FG y de albuminuria y su reflejo del riesgo de progresión a mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular, enfermedad renal terminal, progresión de ERC y daño renal agudo.

Categoría ERC	FG (ml/min)	Descripción	Categorías de Albuminuria		
			A1 ligera/ aum	A2 modera/ aum	A3 grave/ aum
			< 30 mg/g	30-300 mg/g	>300 mg/g
G1	≥ 90	Normal o elevado		1	2
G2	60-89	Ligeramente disminuído		1	2
G3a	45-59	Ligera o moderadamente disminuído	1	1-2	3
G3b	30-44	Moderada gravemente disminuído	1-2	2-3	3
G4	15-29	Gravemente disminuído	2-3	2-3	4
G5	< 15	Fallo renal	4	4	>4

Verde: bajo riesgo en ausencia de otros marcadores de daño renal, no ERC.

Amarillo: riesgo moderadamente aumentado.

Naranja: alto riesgo.

Rojo: muy alto riesgo.

1-4: Mediciones anuales que precisa

TRATAMIENTO

Medidas generales:

- Evitar hábitos tóxicos: Tabaco, Drogas y exceso de Alcohol (300 cc cerveza, 150 cc vino/d).
- Ejercicio físico: 30-60 minutos de ejercicio moderado/d x 4-7 días/semana. Acorde a la edad. Ir aumentando el tiempo más que el esfuerzo.
- Control de sobrepeso y prevenir deficiencias nutricionales.
- Hidratación: flujo urinario sugerido: 2,5-3,5 l/día. Cuidado si cardiopatía.
- Restricción proteica y de sal.

HTA:

- Primera elección: IECA/ARAI. Más efectivos si unidos a diuréticos o restricción salina.
- Segundo escalón: Ca-antag no dihidropiridínicos (Verapamilo, Diltiazem). Se recomienda asociarlos a IECA/ARAI.
- β -bloqueantes si IC, enf coronaria o miocardiopatía dilatada. No asociar a ca-antag por el riesgo de bradicardias.

Diuréticos:

- Usar preferentemente De Asa (**Furosemida**, Torasemida).
- Los Tiazídicos son inefectivos si Creatinina sérica > 2 mg/dl.
- Antialdosterónicos (**Espironolactona**, Eplerenona): No recomendables en estadios 3-5 ERC por el riesgo de hiperpotasemia especialmente si se asocian a IECA/ARAI.
- Evitar la combinación de Ahorradores de K^+ + IECA/ARAI + β -bloq.

Diabetes:

- Metformina: Si FG 30-45 ml/min bajar 50% la dosis. Si FG < 30 ml/min, suspender.
- Sulfonilureas: Evitar si FG < 45 ml/min.
- Glinidas: Se puede usar en cualquier grado de IR, incluso en diálisis. Repaglinida iniciar con 0,5 mg.
- Inhib de alfa-glucosidasa (Acarbosa, Miglitol): No usar.
- IDPP4: Seguros en pacientes con ERC.
- IsGLT2: No suficiente experiencia en ERC.
- ArGLP1: Sólo usar en ERC leve-moderada.
- Insulina: Se recomienda insulina de acción larga, añadiendo rápida si es necesario. Los análogos basales (Glargina, Detemir) y rápidos (Aspart, Lispro, Glulisina) inducen menos hipoglucemias que las insulinas humanas (NPH o Regular®).

Dislipemias:

- Estatinas: se consideran cardioprotector y posiblemente renoprotector.
- **Atorvastatina** y **Fluvastatina** no requieren ajuste de dosis.
- **Simvastatina**, **Pravastatina** y **Pitavastatina** SÍ requieren ajuste cuando baja FG.
- **Rosuvastatina** contraindicada si IR avanzada.
- Estatina + **Ezetimiba** (no requiere ajuste de dosis). Si no se alcanza objetivo con Estatina.
- Contraindicado uso conjunto de Estatinas y Fibratos por riesgo de rhabdomiolisis.

Hiperuricemia:

- Debe considerarse el tto de la Hiperuricemia asintomática en ERC, diabéticos y con RCV.
- **Colchicina** en ataque agudo de gota debe reducirse la dosis si FG 30-50 ml/min y evitar si FG < 30 ml/min.
- El tto clásico es **Alopurinol**. **Febuxostat** en ERC leve- moderada es más eficaz y con similar seguridad.

CONSENSO SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE ANDALUCÍA

Criterios de derivación a Nefrología:

- Deterioro agudo de la función renal o descenso del FG > 5 ml/min al año comprobado en 2 determinaciones.
- Habría que tener en cuenta siempre ausencia de causas hemodinámicas (situaciones prerrenales, exceso de diuréticos, inicio de ISRAA o ISGLT2) u obstructivas (patología prostática en hombres).
- FG < 30 ml/min/1.73 m² (grados 4 y 5) No habría indicación de derivación en mayores de 80 años sin datos de progresión renal (albuminuria < 300mg/g o filtrado glomerular estable en el último año).
- Microhematuria no justificada por otras causas. Sedimento > 20 hematies/campo, sobre todo si hay cilindros hemáticos.
- HTA resistente (no controlada por la combinación de 3 antihipertensivos).
- Anemia en enfermedad renal crónica con Hb < 10 g/dl a pesar de corregir ferropenia (IST > 20% y ferritina > 100 mg/ml).
- Alteraciones persistentes del potasio sérico (K > 6 mEq/l o < 3,5 mEq/l).

Objetivos específicos de tratamientos:

- Medidas generales:
 - Estilos de vida: dieta sobrepeso y ejercicio, evitar obesidad. Evitar tabaquismo.
 - Evitar fármacos nefrotóxicos (AINES, inh COX-2, aminoglucosidos, penicilinas, etc).
 - Ajustar dosis de fármacos a filtradoglomerular.
- Control de la albuminuria y de la progresión de laERC
 - Uso de iSRAA con independencia de la TA.
 - Uso de iSGLT2 según indicación en ficha técnica.
- Control de la TA:
 - Usar ISRAA como primera opción.
 - Control de niveles de potasio.
- Control de la glucemia:
 - En DM tipo 2:
 - Metformina (solo en mayor de FG 30 ml/min) + iSGLT2.
 - En IMC >30 y objetivo glucémico no alcanzado, asociar arGLP1.
- Control de la dislipemia:
 - Estatina de alta potencia +/- ezetimiba.
 - Objetivo coLDL < 70 mg/dl si ERC grado 3.
 - Objetivo coLDL < 55 mg/dl si ERC grado 4 y 5 (sin diálisis).
- Control de la anemia:
 - Una vez descartada ferropenia, si Hb <10g/dl, remitir a Nefrología para iniciar tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis.