American Diabetes Association®

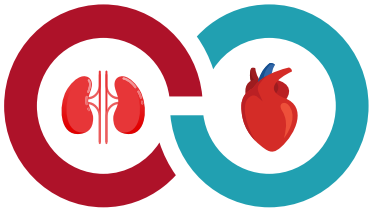
Guidelines InSIGHT
Tu guía visual de las directrices

Obtén más información sobre
Kidney Health

Manejo De La Enfermedad Renal Crónica En Personas Con Diabetes

¿Por qué manejar la ERC?

Disminuye el riesgo de progresión de la ERC



Reduce el riesgo cardiovascular

Enfoque para el manejo de la ERC en la diabetes

ESTILO DE VIDA

Alimentación saludable | Actividad física | Abandono del tabaquismo | Manejo del peso

Reevaluación periódica de los factores de riesgo (cada 3-6 meses)

TERAPIA RAS

Inhibidor del SRA hasta la dosis máxima tolerada (en caso de albuminuria y/o hipertensión)*

TERAPIA FARMACOLÓGICA DE PRIMERA LÍNEA

Revisión periódica de la glucemia, la albuminuria, la presión sanguínea, el riesgo de enfermedad cardiovascular y los lípidos

TERAPIA ADICIONAL BASADA EN EL RIESGO

Inhibidores de SGLT2** (iniciar si la TFGe es ≥20; continuar hasta diálisis o trasplante)

±

Agonista del receptor GLP-1**

Si es necesario para alcanzar el objetivo glucémico individualizado, añade otros fármacos hipoglucemiantes (por ejemplo, metformina si TFGe es ≥30). Se prefiere la adición de un agonista del receptor de GLP-1 o un inhibidor de SGLT2 si no está ya incluido en el plan de tratamiento***

nsMRA**

Agrega otros agentes con evidencia de beneficio cardiovascular y/o renal según los objetivos y preferencias de tratamiento individualizados (por ejemplo, si estás tomando un inhibidor de SGLT2, considera agregar un agonista del receptor de GLP-1 y/o finerenona para mitigar aún más el riesgo cardíaco y renal)

Solo para diabetes tipo 2

BCC (Bloqueador de los canales de calcio) de tipo dihidropiridina y/o diurético, si es necesario para alcanzar el objetivo de presión arterial individualizado

MRA esteroide si es necesario en casos de hipertensión resistente cuando la TFGe sea ≥45

Estatina de intensidad moderada o alta

Agente antiplaquetario para la ASCVD clínica

Ezetimiba, inhibidores de PCSK9 o icosapent etilo, si están indicados según el riesgo de ASCVD (enfermedad cardiovascular ateroesclerótica) y los lípidos

Todos los individuos (diabetes tipo 1 y tipo 2)

*La mayoría de los participantes en los ensayos sobre resultados renales de SGLT2i, GLP-1 RA y nsMRA estaban recibiendo tratamiento optimizado con inhibidores de la SRA.
**Con beneficios demostrados en esta población
***La eficacia hipoglucemiante de los agonistas del receptor de GLP-1 se mantiene con una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) baja; la eficacia hipoglucemiante de los inhibidores de SGLT2 disminuye con una TFGe más baja.

Consejos Clínicos

- El objetivo es lograr una reducción del 30 % o más en la albúmina urinaria (en mg/g) en personas con ERC (enfermedad renal crónica) que presenten una albúmina urinaria ≥300 mg/g, con el fin de ralentizar la progresión de la ERC.
- Comprueba periódicamente los niveles séricos de creatinina y potasio cuando se utilicen inhibidores de la ECA, los ARA II, los MRA y los diuréticos.
- No suspendas los inhibidores de la ECA ni los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) en caso de aumentos ≤ 30 % de la creatinina sérica en ausencia de depleción de volumen.

PS = Presión sanguínea
BCC = Bloqueador de los canales de calcio
ERC = Enfermedad renal crónica
ECV = Enfermedad cardiovascular
TFGe = Tasa de filtración glomerular estimada
GLP-1 RA = Agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1
MRA = Antagonista del receptor de mineralocorticoides
nsMRA = Antagonista no esteroideo del receptor de mineralocorticoides
PCSK9i = Inhibidor de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9
SRA = Sistema renina-angiotensina
SGLT2i = Inhibidor del cotransportador sodio-glucosa 2

Obtén más información en **professional.diabetes.org** | 1-800-DIABETES (800-342-2383)

Asociación Americana de la Diabetes® (ADA)

Esta infografía se basa en las recomendaciones de los Estándares de Atención en Diabetes de la ADA de 2026.