

MEDICAL OVERVIEW

Acceso privado

Enfermedad Renal Crónica (ERC) – Review

Annals of Internal Medicine – In the Clinic, septiembre 2025;
American College of Physicians.
DOI: 10.7326/ANNALS-25-02684.

Equipo especializado clínico Check Medicine

Introducción

La **enfermedad renal crónica (ERC)** afecta a **casi el 14% de los estadounidenses** y comprende condiciones caracterizadas por **disminución persistente de la tasa de filtración glomerular (TFG)** o **presencia de albuminuria** durante más de tres meses.

Etiología predominante:

- La causa más frecuente es la **diabetes mellitus**, seguida por **hipertensión arterial**.
- Existe creciente evidencia de la interacción entre **salud cardiovascular, renal y metabólica**.

Aunque la progresión de ERC puede llevar a **alteraciones metabólicas** y eventualmente a **enfermedad renal terminal**, los **eventos cardiovasculares son aún más frecuentes** en este grupo de pacientes. La ERC implica múltiples complicaciones: **riesgo cardiovascular elevado, fracaso renal, infecciones, y trastornos óseo-minerales**.

Objetivos fundamentales del manejo:

1. **Ralentizar la progresión del deterioro renal.**
2. **Prevenir enfermedad cardiovascular.**
3. **Tratar complicaciones metabólicas** asociadas a la ERC.

Avances terapéuticos recientes: En la última década han surgido fármacos capaces de impactar simultáneamente en estos tres objetivos, destacando:

- Inhibidores **SGLT-2**,
- **Agonistas GLP-1**,
- **Antagonistas no esteroideos del receptor mineralocorticoide (nsMRA)**,
- Además del uso establecido de **IECA/ARA-II**.

Estos avances han transformado el paradigma de tratamiento, expandiendo herramientas con eficacia comprobada tanto en **prevención cardiovascular** como en **protección renal**.

Screening y prevención

1. ¿Quiénes tienen mayor riesgo de desarrollar ERC?

Los principales factores de riesgo incluyen **diabetes mellitus** (la causa más frecuente en EE.UU.), **hipertensión, enfermedad cardiovascular, obesidad y edad avanzada**. También destacan:

- **Antecedente de injuria renal aguda,**
- **Enfermedades genitourinarias,**
- **Enfermedades sistémicas/inflamatorias** (Lupus, vasculitis, VIH, hepatitis B/C),
- **Exposición a nefrotoxinas,**
- **Historial familiar o variantes genéticas como APOL1,**
- **Factores perinatales** (prematurez, RCIU),
- **Exposiciones ambientales** (cadmio, plomo, pesticidas).

Factores de Riesgo para Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Dominios	Ejemplos
Factores de riesgo comunes	Diabetes Enfermedad cardiovascular (incluyendo insuficiencia cardiaca) Hipertensión Antecedente de injuria renal aguda
Residencia en áreas geográficas con alta prevalencia de ERC	Zonas con ERC endémica de causa no determinada Regiones con alta prevalencia de variantes genéticas APOL1 Exposiciones ambientales Determinantes sociales de la salud
Trastornos genitourinarios	Enfermedad estructural del tracto urinario Litiasis renal recurrente
Enfermedades multisistémicas / estados inflamatorios crónicos	Lupus eritematoso sistémico Vasculitis VIH Hepatitis B o C
Iatrogénicos (relacionados a fármacos o procedimientos)	Nefrotoxicidad inducida por medicamentos Nefritis por radiación
Historia familiar o variantes genéticas asociadas a ERC	Enfermedad renal poliquística Enfermedad renal asociada a APOL1 Trastornos del colágeno tipo IV Enfermedad quística medular
Factores de riesgo relacionados al embarazo y nacimiento	Parto prematuro Recién nacido pequeño para la edad gestacional Preeclampsia/eclampsia
Exposiciones ambientales que aumentan el riesgo de ERC	Exposición a cadmio, plomo o mercurio Hidrocarburos policíclicos Pesticidas

2. ¿Debe realizarse tamizaje para ERC?

Aunque el **USPSTF** se encuentra actualizando su recomendación, múltiples sociedades científicas —incluyendo **KDIGO, ADA, NICE, ESH, ESC**— **sí recomiendan tamizaje en adultos con factores de riesgo**, especialmente:

- Diabetes,
- Hipertensión,
- Enfermedad cardiovascular.

Estas recomendaciones se sustentan en estudios de costo-efectividad y en la disponibilidad de terapias que reducen progresión y mortalidad.

3. ¿Cómo y con qué frecuencia debe tamizarse?

Tamizaje inicial:

- Medir **TFG estimada (eGFR)** mediante **creatinina** usando la ecuación **CKD-EPI 2021**.
- Considerar **cistatina C** cuando se requiere mayor precisión o en casos de masa muscular extrema.
- Evaluar **albuminuria** mediante **índice albúmina/creatinina (ACR)** en orina.
 - Ideal: **primera orina de la mañana**.
 - Aceptable: muestra aleatoria.

Frecuencia:

- **Diabetes tipo 2:** al diagnóstico + **anual**.
- **Diabetes tipo 1:** desde 5 años post-diagnóstico + **anual**.
- Para **HTA y ECV**, muchas guías recomiendan tamizaje anual (aunque con menor consenso).

4. ¿Son útiles las medidas preventivas?

Sí. El manejo agresivo de factores modificables reduce el riesgo de ERC o su progresión:

a. En diabetes: Buen control glicémico reduce el riesgo de ERC. Intervenciones de estilo de vida y fármacos como **GLP-1RA** y cirugía bariátrica reducen progresión o aparición de albuminuria.

GLP-1RA: reducen riesgo de ACR >300 mg/g y enlentecen descenso de eGFR.

b. En obesidad: Reducción de peso se asocia con menor disminución de eGFR. Cirugía bariátrica muestra enlentecimiento de progresión en estudios observacionales.

c. En hipertensión: AHA y ESC recomiendan **<130/80 mmHg**. Control estricto disminuye eventos cardiovasculares y mortalidad. Ensayo **SPRINT:** objetivo <120 mmHg redujo eventos CV (**HR 0.75**) sin daño renal persistente en seguimiento a largo plazo.

d. Intervenciones de estilo de vida (Life's Essential 8 – AHA): dieta, ejercicio, sueño, IMC, lípidos, glicemia, presión arterial y no exposición a nicotina.

5. Conclusión de Screening y Prevención

Las guías que desaconsejaban tamizaje anteceden a los ensayos que demostraron beneficios de **SGLT-2i** y **GLP-1RA**. Hoy, **tamizar a todos los pacientes con riesgo aumentado** es razonable y recomendado por sociedades líderes. El tamizaje debe incluir: **Creatinina/eGFR**, **Cistatina C** si está disponible y **ACR urinario**. Especialmente indicado en: **diabetes (anual)**, **HTA**, **ECV**, **adultos mayores**.

Diagnóstico

1. Definición de ERC (KDIGO 2024)

La **ERC** se define por la presencia, durante **>3 meses**, de al menos uno de los siguientes:

- **TFG <60 mL/min/1.73 m²**,
- **Albuminuria ACR >30 mg/g**,
- **Otros marcadores de daño renal**, como:
 - Hematuria dismórfica,
 - Alteraciones del sedimento urinario,
 - Anormalidades estructurales en imágenes,

- Hallazgos histológicos.

El diagnóstico puede realizarse en la evaluación inicial **si existen signos de cronicidad**, como valores previos reducidos de TFG, albuminuria persistente o imágenes compatibles.

Epidemiología: aplicando la definición KDIGO a NHANES, **>31 millones de adultos en EE.UU.** tendrían ERC.

2. ¿Cómo se estadifica la ERC?

La estratificación se basa en tres componentes:

1. **Causa**,
2. **TFG (G1–G5)** integrada con CKD-EPI 2021,
3. **Albuminuria (A1–A3)**.

Estimación de TFG: Ecuaciones recomendadas: **CKD-EPI 2021** basadas en **creatinina, cistatina C** o ambas (**eGFR_{cr-cys}**, la más precisa). Si **eGFR_{cr} <60**, KDIGO recomienda **confirmar con cistatina C** para estadificación más exacta.

La combinación TFG–ACR determina el **riesgo de progresión**, según la conocida “**grilla de riesgo**”:

- **A1:** <30 mg/g,
- **A2:** 30–299 mg/g,
- **A3:** ≥300 mg/g.

3. Claves clínicas que orientan a la causa de ERC

La historia clínica, comorbilidades y el examen físico pueden sugerir la etiología:

a. Diabetes y HTA

Sugieren nefropatía diabética o hipertensiva, **pero no son diagnósticos definitivos**. En KPMP, **solo 58%** de pacientes diabéticos tenían nefropatía diabética histológica. **63%** de hipertensos mostraron lesiones compatibles con nefroangioesclerosis.

b. Signos clínicos y antecedentes relevantes:

- **Insuficiencia cardíaca o cirrosis** → hipoperfusión, activación neurohormonal.
- **ITS, hepatitis B/C, VIH** → glomerulopatías.
- **Historia familiar** → poliquistosis, APOL1, colágeno IV, enfermedad medular quística.
- **Síntomas urinarios** → obstrucción, infección.
- **“Orina espumosa”** → proteinuria.
- **Edema/ganancia de peso** → síndrome nefrótico.
- **Hematuria macroscópica o dismórfica** → glomerulonefritis.
- **Enfermedades sistémicas** → rash, artritis, mononeuritis.

				Categorías de Albuminuria - Descripción y Rango		
				A1	A2	A3
La ERC se clasifica según:				Normal a levemente aumentada	Moderadamente aumentada	Severamente aumentada
• Causa (C)				<30 mg/g	30–299 mg/g	≥300 mg/g
• TFG (G)				<3 mg/mmol	30–29 mg/mmol	≥30 mg/mmol
• Albuminuria (A)						
Categorías de TFG y Recomendaciones de Monitorización (veces/año) G = glomerular filtration rate; TFG en mL/min/1.73 m ²	G1	Normal o elevada	≥90	Vigilar 1 vez/año	Tratar 1 vez/año	Tratar 3 veces/año*
	G2	Levemente disminuida	60–89	Vigilar 1 vez/año	Tratar 1 vez/año	Tratar 3 veces/año*
	G3a	Disminución leve a moderada	45–59	Tratar 1 vez/año	Tratar 2 veces/año	Tratar 3 veces/año*
	G3b	Disminución moderada a severa	30–44	Tratar 2 veces/año	Tratar 3 veces/año*	Tratar 3 veces/año*
	G4	Severamente disminuida	15–29	Tratar 3 veces/año*	Tratar 3 veces/año*	Tratar 4+ veces/año
	G5	Falla renal	<15	Tratar 4+ veces/año	Tratar 4+ veces/año	Tratar 4+ veces/año
					Bajo riesgo (si no existen otros marcadores de daño renal; no ERC)	Alto riesgo
				Riesgo moderadamente aumentado		

c. Examen físico:

- PA, ortostatismo,
- Evaluación de piel (petequias, rash),
- Fondo de ojo (retinopatía diabética o hipertensiva),
- Signos de IC,
- Soplos renales,
- Estigmas hepáticos,
- Signos de uremia (asterixis, frote pericárdico).

4. Exámenes diagnósticos necesarios

El abordaje debe ser dirigido por el estadio y sospecha etiológica:

Laboratorio inicial:

- Hemograma, perfil bioquímico, **ACR urinario**, urianálisis, perfil lipídico.
- Si **eGFR <60**, masa muscular extrema, hepatopatía, cáncer o necesidad de ajustes farmacológicos → **añadir cistatina C**.

Otros estudios cuando se sospecha etiología específica:

- **ANA** (LES),
- **ANCA** (vasculitis),
- **Anti-GBM**,
- **PLA2R/THSD7A** (nefropatía membranosa),
- **Serologías** para hepatitis B/C, VIH, sífilis,
- **EPEP/UPEP** (mieloma).
- **Genética** si historia familiar, inicio temprano, fenotipos sindrómicos o riñón quístico.

Imágenes: **Ecografía renal** en eGFR <60: evalúa tamaño, simetría, ecogenicidad, litiasis, quistes y obstrucción.

5. Comunicación del diagnóstico con el paciente

Muchos pacientes desconocen tener ERC, y quienes sí lo saben suelen desear haberlo conocido antes. Por eso es crucial:

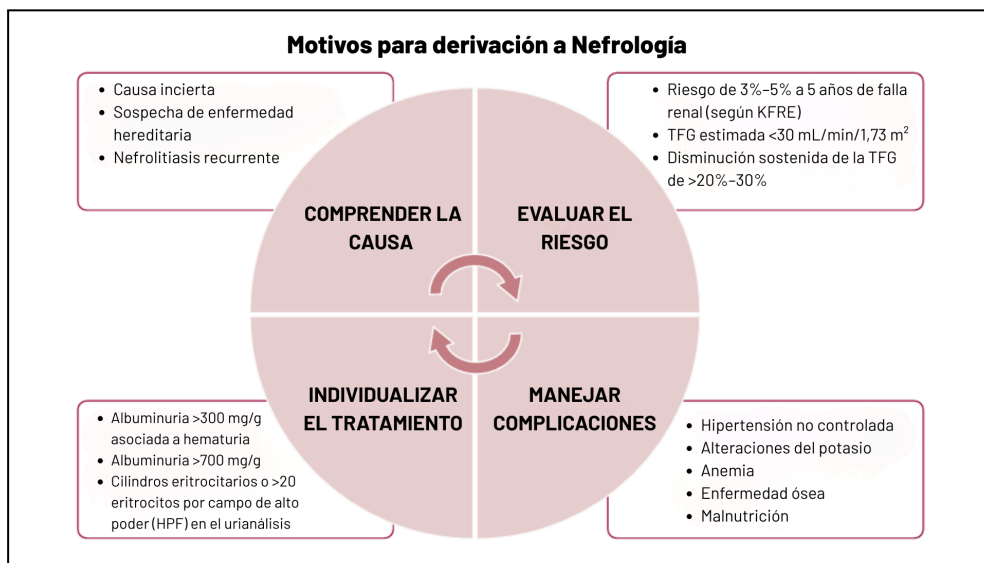
- Explicar **albuminuria** como **marcador de daño renal y riesgo cardiovascular, modificable** con IECA/ARA-II, SGLT-2i, GLP-1RA y nsMRAs.
- Explicar **eGFR** como estimación de función renal y su impacto en **ajuste de fármacos**.
- Revisar **riesgo absoluto** mediante herramientas como **KFRE** para pronosticar riesgo a 2 y 5 años.

6. ¿Cuándo derivar a nefrología?

KDIGO recomienda derivación cuando:

- **Riesgo KFRE >3–5% a 5 años**,
- **eGFR <30**,
- **Disminución sostenida de TFG >20–30%**,
- **Descenso rápido >5 mL/min/1.73 m²/año**,
- **ACR ≥300 mg/g persistente**,

- **Hematuria significativa,**
- Sospecha de **glomerulonefritis**, enfermedad hereditaria o causa incierta.



Diagnóstico...

La **enfermedad renal crónica (ERC)** se define como **albuminuria persistente mayor a 30 mg/g, TFG menor de 60 mL/min/1,73 m², o otros estigmas de daño renal.**

La ERC debe **estadificarse según los niveles de TFG y albuminuria** y, cuando sea posible, según la **causa**.

La **historia clínica y el examen físico** suelen orientar a la etiología, pero un **diagnóstico definitivo** requiere diversas pruebas diagnósticas, como **exámenes de laboratorio, ecografía renal** y, en ocasiones, **biopsia renal**.

Es fundamental **conversar el diagnóstico de ERC con el paciente** una vez identificado.

Tratamiento

1. Los cuatro pilares en ERC + diabetes tipo 2

KDIGO 2024 establece cuatro clases con beneficios consistentes renales y cardiovasculares:

a. IECA o ARA-II

Indicación principal: ERC con **ACR ≥300 mg/d** o Diabetes + **ACR ≥30 mg/d**, independientemente de la presión arterial.

Evidencia clave: Estudios históricos (captopril, irbesartan) demostraron: **Reducción del doble de creatinina, Reducción del riesgo de ESKD y Disminución de mortalidad combinada renal/cardiovascular. No combinar IECA + ARA-II** por riesgo de eventos renales y hiperpotasemia.

b. Inhibidores SGLT-2

Ahora son considerados **uno de los tratamientos más efectivos** en ERC, con beneficios en **diabéticos y no diabéticos**.

Beneficios demostrados: Disminución de progresión renal, Reducción de hospitalizaciones por IC y Reducción de mortalidad cardiovascular y total.

Ensayos fundamentales:

- **CREDESCENCE (canagliflozina)** → HR 0.70 para evento renal primario.
- **EMPA-KIDNEY (empagliflozina)** → HR 0.72 para progresión renal o muerte CV.
- **DAPA-CKD (dapagliflozina)** → HR 0.61 para progresión renal o muerte renal/CV.

Indicaciones según KDIGO:

- Todo paciente con ERC + DM2,
- **ACR \geq 200 mg/g**, incluso **sin diabetes**,
- Pacientes con IC, independiente del estado glucémico.

c. Agonistas GLP-1 (GLP-1RA)

Inicialmente desarrollados para diabetes, ahora con **evidencia robusta** en protección renal y cardiovascular, además de **pérdida de peso**.

Ensayos relevantes:

- **FLOW (semaglutida)**: HR 0.76 para falla renal, \downarrow >50% eGFR o muerte renal/CV.
- **SELECT**: reducción de eventos renales en población con obesidad y ECV.

Uso clínico: DM2 + ERC que presentan **albuminuria residual** y Pacientes que requieren optimización del control glucémico.

d. Antagonista no esterooidal del receptor mineralocorticoide (nsMRA): Finerenona

Menor riesgo de hiperK comparado con MRAs esterooidales tradicionales.

Ensayos:

- **FIDELIO-DKD**: \downarrow 18% del desenlace combinado renal.
- **FIGARO-DKD**: \downarrow 13% eventos cardiovasculares mayores.

Recomendación: DM2 + ERC con **ACR $>$ 30 mg/g**, pese a tratamiento con IECA/ARA-II.

2. Manejo de la presión arterial

Los pacientes con ERC son de **alto riesgo CV**, y la hipertensión acelera la progresión renal.

Objetivo KDIGO:

- **PAS $<$ 120 mmHg** (medición estandarizada).
- En trasplantados renales: **$<$ 130/80 mmHg**.

Evidencia: Ensayo **SPRINT**: \downarrow 27% eventos cardiovasculares y mortalidad con objetivo intensivo ($<$ 120).

Consideraciones: La mayoría requiere **\geq 3 fármacos**, incluyendo un diurético.

3. Manejo de la glicemia en DM + ERC

La diabetes es la primera causa de ERC terminal en EE.UU.

El control glicémico estricto previene albuminuria, pero los ensayos (ACCORD, ADVANCE, VADT) mostraron riesgos y beneficios mixtos. Riesgo aumentado de hipoglicemia en ERC.

Metas individualizadas según ADA/KDIGO: HbA1c entre <6,5% y <8%, ajustado por comorbilidades, riesgo de hipoglicemia y expectativa de vida.

Fármacos preferidos: SGLT-2i y GLP-1RA.

4. Intervenciones no farmacológicas

Recomendaciones universales en ERC:

- **Suspender tabaco.**
- **Ejercicio ≥ 30 min/día** la mayoría de los días.
- **Dieta tipo DASH**, con frutas, verduras y granos enteros.
- **Restricción de sal < 2 g/día.**
- **Proteína $0,8$ g/kg/día** (evitar $> 1,3$ g/kg/d).
- **Vacunación**, especialmente neumococo.

5. Tratamiento de factores de riesgo cardiovascular

La enfermedad CV es la complicación más frecuente de la ERC.

- **Estatinas:** Recomendadas **independientemente del nivel de colesterol** en adultos ≥ 50 años con ERC. Combinación **estatinas + ezetimibe** es eficaz (estudio SHARP: $\downarrow 17\%$ eventos ateroscleróticos).
- **Aspirina de baja dosis:** Para prevención secundaria en pacientes con ECV establecida.

6. Manejo de complicaciones metabólicas

a. Hiperpotasemia

- **Causas:** ERC avanzada, IECA/ARA-II, MRAs.
- **Tratamiento:** **Patiromer** o **zirconium cyclosilicate**, Optimizar terapia renal protectora sin suspender fármacos necesarios, SGLT-2i reducen riesgo de hiperK.

b. Acidosis metabólica

Se manifiesta cuando **eGFR < 30** . Asociada a progresión de ERC, resistencia a insulina, sarcopenia, alteración ósea. **Guías recomiendan bicarbonato** si $\text{HCO}_3^- < 18$ mmol/L.

c. Trastorno mineral óseo (CKD-MBD)

Incluye hiperfosfatemia, hipocalcemia, \downarrow vitamina D, hiperparatiroidismo secundario y osteodistrofia renal.

- **Manejo:** Medir en forma seriada: Ca, P, PTH.
- **Objetivos:** mantener Ca y P normales, corregir calcidiol, tratar hiperPTH.
- **Medidas:** **restricción de fósforo, quelantes de fosfato, vitamina D.**

7. Anemia de la ERC

Más frecuente con menor eGFR y mayor ACR.

- **Evaluación inicial:** Hemograma, reticulocitos, TSAT, ferritina.
- **Definición de deficiencia de hierro:** Ferritina <100 µg/L y TSAT <40%, O ferritina <300 µg/L + TSAT <25%.
- **Tratamiento:** Hierro IV en hemodiálisis; VO o IV en ERC no dialítica. Considerar **ESA** o **HIF-PHi**, pero **evitar Hb >11,5 g/dL** por riesgo CV. TREAT: ↑riesgo de ACV con diana de Hb 13 g/dL.

8. Monitorización del paciente con ERC

La frecuencia depende del riesgo (grilla G–A):

- **A3 o eGFR <30:** controles **3–4 veces/año**.
- Otros estadios: al menos **anual**.

Debe evaluarse: eGFR y ACR, PA, Complicaciones metabólicas, Necesidad de ajuste farmacológico.

Motivos de derivación a nefrología:

- Causa incierta,
- Sospecha hereditaria,
- Riesgo KFRE >3–5%,
- eGFR <30,
- ACR >700 mg/g,
- Hematuria + albuminuria.

9. Indicaciones de terapia de reemplazo renal (TRR)

Se inicia ante:

- **Sobrecarga de volumen refractaria,**
- **Síntomas urémicos** (anorexia, náuseas, disgeusia, insomnio, encefalopatía),
- **Pericarditis urémica,**
- **HiperK o acidosis intratables.**

El nefrolog@ debe realizar educación, elección de modalidad (HD, DP, trasplante), y planificación oportuna de acceso vascular.

Manejo conservador puede ser apropiado en adultos mayores con comorbilidades severas no candidatos a TRR.

10. Cuidados del paciente con ERC hospitalizado

Ajuste de dosis de numerosos fármacos (antibióticos, anticoagulantes, gabapentinoides, etc.). Alto riesgo de AKI → evitar nefrotóxicos (NSAIDs, aminoglucósidos, anfotericina B). eGFR basado en creatinina puede **sobreestimar** la función renal por pérdida muscular durante la hospitalización; **cistatina C** es más precisa en este contexto.

Ejemplos de Medicamentos que Requieren Ajuste de Dosis en Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Tipo de medicamento	Ejemplos
Antibióticos	Aminoglucósidos, aztreonam, cefalosporinas, claritromicina, fluoroquinolonas, imipenem, meropenem, nitrofurantoína, penicilinas, sulfonamidas, vancomicina
Anticoagulantes	Anticoagulantes orales directos (DOACs), enoxaparina
Antiepilépticos	Gabapentina, topiramato
Antifúngicos	Fluconazol
Antigotosos	Alopurinol, colchicina
Antihistamínicos	Famotidina, ranitidina, cetirizina, loratadina
Antivirales	Aciclovir, foscarnet, ganciclovir, lamivudina
Quimioterápicos	Metotrexato, compuestos a base de platino, ifosfamida, ciclofosfamida, etopósido, topotecán, capecitabina, pemetrexed, fludarabina, bleomicina, gemcitabina, lenalidomida, bortezomib
Medicamentos para dislipidemia	Fenofibrato, rosuvastatina
Medicamentos para diabetes	Metformina, gliburida, glimepirida, canagliflozina, dapagliflozina, empagliflozina, exenatida, sitagliptina, saxagliptina, alogliptina
Relajantes musculares	Baclofeno
Analgésicos	Morfina, pregabalina
Otros medicamentos	Litio, metoclopramida

Tratamiento...

Los **objetivos principales del tratamiento de la ERC** son **ralentizar la progresión de la enfermedad, prevenir las complicaciones cardiovasculares y corregir las alteraciones metabólicas asociadas.**

El manejo del paciente con ERC debe **alinearse el riesgo individual** de cada una de estas dimensiones con el enfoque terapéutico seleccionado.

Durante la última década, el conjunto de terapias eficaces ha aumentado considerablemente e incluye no solo **inhibidores de la ECA y ARA-II**, sino también **inhibidores SGLT-2, antagonistas no esteroideos del receptor mineralocorticoide (nsMRA) y agonistas del receptor GLP-1 (GLP-1RA).**

El manejo guiado por las recomendaciones de las guías clínicas **retarda la progresión de la ERC y reduce las complicaciones cardiovasculares.**

El cuidado basado en equipos —que integra especialistas y profesionales de atención primaria, incorporando además **toma de decisiones compartidas** con el paciente— constituye el enfoque ideal para el tratamiento integral de personas con ERC.

TABLA DE BOLSILLO – Conclusiones Claves del Manejo del ERC

Eje Clínico	Conclusiones Principales del Artículo
Objetivos del manejo	<ul style="list-style-type: none"> • Ralentizar progresión renal. • Prevenir eventos cardiovasculares, causa más frecuente de morbimortalidad. • Tratar complicaciones metabólicas propias de la ERC.
Pilares terapéuticos con beneficio renal y CV	<ol style="list-style-type: none"> 1. IECA/ARA-II: indicados en ERC con albuminuria; reducen duplicación de creatinina, ESKD y mortalidad. 2. SGLT-2i: uno de los fármacos más efectivos en ERC diabética y no diabética; reducen progresión, muerte CV y hospitalización por IC. 3. GLP-1RA: disminuyen albuminuria, enlentecen caída del eGFR y reducen eventos CV; beneficios demostrados en FLOW y SELECT. 4. Finerenona (nsMRA): reduce eventos renales y CV en DM2 + ERC con albuminuria residual pese a IECA/ARA-II.
Control de presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> • Meta KDIGO: PAS <120 mmHg (estandarizada). • Basado en SPRINT: ↓27% eventos CV y mortalidad. • En trasplante: <130/80 mmHg.
Control glicémico en diabetes + ERC	<ul style="list-style-type: none"> • Metas individualizadas: HbA1c entre <6,5% y <8% según comorbilidades. • Preferir SGLT-2i y GLP-1RA por beneficio renal y CV.
Medidas no farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta tipo DASH, ejercicio regular, no fumar. • Restricción de sal <2 g/d, proteína 0,8 g/kg/d. • Vacunación: especialmente neumococo.
Tratamiento del riesgo cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Estatinas para todos ≥50 años con ERC independientemente del colesterol. • Simvastatina + ezetimibe reduce eventos ateroscleróticos (SHARP). • Aspirina en prevención secundaria CV.
Complicaciones metabólicas	<p>HiperK: preferir patiomer/zirconio; SGLT-2i reducen riesgo de hiperK.</p> <p>Acidosis metabólica: tratar si $\text{HCO}_3^- < 18$ mmol/L.</p> <p>CKD-MBD: controlar Ca–P–PTH; usar quelantes, vitamina D, restricción de fósforo.</p>
Anemia de la ERC	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación: Hb, reticulocitos, ferritina, TSAT. • Deficiencia de hierro definida por ferritina <100 µg/L + TSAT <40% o ferritina <300 µg/L + TSAT <25%. • Tratamiento: hierro IV en diálisis; VO/IV en ERC no dialítica. • ESAs/HIF-PHI solo si necesario; no normalizar Hb (>11,5 g/dL).
Monitorización	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia según G–A: 3–4 veces/año si eGFR <30 o ACR ≥300 mg/g; anual en estadios leves. • Vigilar PA, eGFR, ACR, electrolitos y ajustes farmacológicos.
Criterios de derivación a nefrología	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo KFRE >3–5%, • eGFR <30, • Caída rápida (>5 mL/min/año), • ACR ≥300 mg/g persistente, • Hematuria significativa, • Causa incierta o sospecha hereditaria / glomerulonefritis.
Indicaciones de terapia de reemplazo renal (TRR)	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de volumen refractaria. • Síntomas urémicos (anorexia, náuseas, disgeusia, insomnio, encefalopatía). • Pericarditis urémica. • HiperK o acidosis intratables. • Planificar precozmente HD, DP o trasplante. • Manejo conservador posible en adultos mayores con alta comorbilidad.
Cuidados en hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar dosis de múltiples fármacos (antibióticos, DOACs, gabapentina, etc.). • Evitar nefrotóxicos (AINES, aminoglucósidos, anfotericina B). • Creatinina puede subestimar disfunción por pérdida muscular; usar cistatina C.