

Enfermedad renal crónica

No basta con la TFG: el riesgo lo define el cruce de filtrado y albuminuria. Y el internista decide tres cosas que cambian el desenlace: frenar la progresión, tratar las complicaciones y reducir el riesgo cardiovascular.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado · @davidrojas_medicinainterna

Basado en: guía KDIGO 2024 de evaluación y manejo de la enfermedad renal crónica.

- 01 TFG y albuminuria juntas
- 02 Mapa de riesgo KDIGO
- 03 Diagnóstico y estadios
- 04 Nefroprotección
- 05 Complicaciones
- 06 Presión y bloqueo RAAS
- 07 Cuándo referir y diálisis
- 08 Ajuste de fármacos
- 09 La causa importa
- 10 Dieta y día de enfermedad
- 11 Novedades KDIGO 2024
- 12 Lo que sí funciona
- 13 Para llevar a la guardia

01 TFG y albuminuria, siempre juntas

CAJA DE DECISIÓN

ERC = TFG < 60 o daño renal (sobre todo **albuminuria**) durante **≥ 3 meses**. Clasifícala por **CGA: Causa + GFR (G1-G5) + Albuminuria (A1-A3)**. El **cruce** de filtrado y albuminuria –no la TFG sola– predice la progresión y el riesgo cardiovascular. Las tres metas del internista: **frenar progresión, tratar complicaciones y reducir el riesgo CV**.

02 El mapa de riesgo KDIGO

Riesgo según TFG (filas) x albuminuria (columnas)

	A1 < 30 mg/g	A2 30-300	A3 > 300
G1 ≥ 90	bajo	moderado	alto
G2 60-89	bajo	moderado	alto
G3a 45-59	moderado	alto	muy alto
G3b 30-44	alto	muy alto	muy alto
G4 15-29	muy alto	muy alto	muy alto
G5 < 15	falla renal	falla renal	falla renal

Mapa de riesgo CGA recreado por Sala-7 a partir de KDIGO. TFG en mL/min/1.73 m²; albuminuria por cociente albúmina/creatinina (mg/g). El color sube el riesgo de progresión, eventos CV y mortalidad.

03 Diagnóstico y estadios

- Pide **TFG estimada** (creatinina; la nueva ecuación sin coeficiente de raza) y **cociente albúmina/creatinina** en orina; **confirma la cronicidad** (≥ 3 meses) para no etiquetar una LRA como ERC.
- Apoya el diagnóstico el **ultrasonido** (riñones pequeños y ecogénicos = cronicidad) y la **causa** (diabetes e hipertensión son las dos grandes; busca glomerular, poliquística, obstructiva).

04 Nefroprotección (lo que frena la progresión)

Pilar	Qué hacer	Clave
Bloqueo RAAS	IECA o ARA si hay albuminuria (sobre todo A2-A3), a dosis máxima tolerada	No combinar IECA+ARA
iSGLT2	Dapagliflozina/empagliflozina en ERC con albuminuria (con o sin diabetes)	Reduce progresión y CV
Finerenona	En DM2 + ERC albuminúrica con potasio normal	Vigila el potasio
Presión y glucosa	PA < 120-130 sistólica (individualizada); control glucémico en DM	Metas por paciente

05 Complicaciones

- **Anemia** (déficit de eritropoyetina): repón **hierro** y usa AEE o inhibidores HIF-PH con meta de Hb individualizada (\approx 10-11.5).
- **Trastorno mineral-óseo (CKD-MBD)**: vigila **fósforo, calcio, PTH y vitamina D**; controla el fósforo con dieta y quelantes.
- **Acidosis metabólica: bicarbonato** si el sérico es < 22 (enlentece la progresión). **Hiperpotasemia**: dieta, diuréticos y quelantes de potasio para sostener el bloqueo RAAS.

06 Presión y bloqueo del RAAS

NO TE ASUSTES CON LA CREATININA

Al iniciar un **IECA/ARA** o un **iSGLT2**, un **ascenso de creatinina de hasta ~30%** (o un «dip» inicial de la TFG con el iSGLT2) es **esperado y aceptable**: refleja el cambio hemodinámico, no daño. **Vigila el potasio** y no suspendas por una subida pequeña. Suspende solo si la creatinina sube $> 30\%$, hay hiperK no controlable o hipotensión.

07 Cuándo referir y preparar diálisis

- **Refiere a nefrología** con **TFG < 30** , albuminuria intensa (A3), progresión rápida, causa no aclarada, hiperK recurrente o ERC heredo-familiar.
- **Prepara la terapia de reemplazo** con **TFG $< 15-20$** o progresión: educa sobre modalidades (hemodiálisis, diálisis peritoneal, **trasplante anticipado**) y crea el **acceso** a tiempo (fístula). El inicio se guía por **síntomas y complicaciones**, no por un número fijo.

08 Ajuste de fármacos y evitar daño

- **Ajusta por TFG** y evita lo que daña: **AINE**, contraste innecesario, gadolinio en TFG muy baja. La **metformina** se ajusta y se suspende con TFG < 30 .
- Da **educación, vacunación** (neumococo, influenza, hepatitis B) y maneja el **riesgo cardiovascular** (estatina): la mayoría de los pacientes con ERC **muere de corazón** antes de llegar a diálisis.

09 La causa importa: no todo es diabetes/HTA

- Diabetes e hipertensión explican la mayoría, pero **sospecha otra causa** (y refiere) si hay **hematuria con proteinuria** (glomerular), **caída rápida** de la TFG, enfermedad sistémica (lupus, vasculitis, mieloma), o **historia familiar** (poliquística, Alport).
- Encontrar una causa **tratable** (obstrucción, GN inmune, fármaco) puede **cambiar el curso**. La proteinuria de rango nefrótico o el sedimento activo no son «diabetes»: invéstalos.

10 Dieta y reglas de día de enfermedad

- **Dieta**: reduce el **sodio** (mejora la presión y la respuesta al RAAS), moderación –no privación– de **proteína**, y ajusta **potasio y fósforo** solo si están altos. Deja el **tabaco**.
- **Día de enfermedad (vómito, diarrea, fiebre, ayuno)**: **suspende temporalmente** los fármacos que dan LRA con la deshidratación – IECA/ARA, **iSGLT2**, diuréticos, metformina y AINE – y reinícialos al recuperar la volemia.
- Evita los **AINE de venta libre** y los «remedios» nefrotóxicos; revisa la lista de medicamentos en cada visita.

TRAMPA

Dejar el **iSGLT2** o el **IECA** «para siempre» tras una LRA leve por deshidratación: una vez recuperado, **reinícialos** – son los que más protegen el riñón a largo plazo.

11 Novedades de la KDIGO 2024

LO QUE REFUERZA LA EDICIÓN 2024

A los pilares (IECA/ARA + iSGLT2 + finerenona) se suma el **GLP-1 RA** en **ERC con diabetes tipo 2**: el ensayo **FLOW** (semaglutida) mostró menos progresión renal y eventos cardiovasculares. Confirma la TFG con **cistatina C** cuando la creatinina engaña (masa muscular extrema, amputados, cirrosis); la ecuación CKD-EPI 2021 ya va sin coeficiente de raza.

- **Refiere por riesgo, no solo por TFG**: la **ecuación de riesgo de falla renal (KFRE/Tangri)** estima la probabilidad a 2 y 5 años y prioriza a quién enviar a nefrología y cuándo crear el acceso vascular.

LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST DE LA ERC

- ✓ Clasifica por **CGA**: causa + **TFG** + **albuminuria** (el cruce, no la TFG sola).
- ✓ Nefroprotección: **IECA/ARA + iSGLT2** (\pm finerenona en DM2), presión y glucosa en meta.
- ✓ Trata **anemia, CKD-MBD, acidosis e hiperK**.
- ✓ Un **\uparrow Cr \leq 30%** al iniciar RAAS/iSGLT2 es esperado: **no suspendas**, vigila el K.
- ✓ Refiere con **TFG $<$ 30**; prepara acceso/modalidad con $<$ 15-20.
- ✓ Ajusta fármacos, evita nefrotóxicos y trata el **riesgo CV** (estatina, vacunas).

PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- El **mapa CGA** manda: TFG + albuminuria predicen progresión y eventos CV.
- **iSGLT2** para casi toda ERC albuminúrica; **IECA/ARA** si hay albuminuria.
- **\uparrow Cr \leq 30%** al iniciar es esperado; suspende solo si supera eso o hay hiperK.
- Diálisis por **síntomas/complicaciones**, no por la cifra; acceso a tiempo.
- El paciente con ERC **muere de corazón**: trata el riesgo CV en serio.