



Dra. Belén Benito Badorrey.
ABS Raval Sud. Barcelona.

Optimización del tratamiento farmacológico antidiabético en pacientes con enfermedad renal crónica

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la principal causa de enfermedad renal crónica (ERC) a nivel mundial. En España, la prevalencia de ERC en personas con DM2 atendidas en Atención Primaria supera el 27% según el estudio PERCEDIME2 (1). La presencia de ERC no solo incrementa el riesgo de progresión a enfermedad renal terminal (ERT), sino que multiplica el riesgo cardiovascular y complica el manejo terapéutico del paciente con diabetes (2).

La ERC se define por una alteración estructural o funcional del riñón mantenida más de tres meses, evidenciada por una disminución del filtrado glomerular estimado (eTFG <60 ml/min/1.73 m²) y/o marcadores de daño renal como albuminuria (>30 mg/g), anomalías histológicas o alteraciones en imagen radiológica.

En resumen, la ERC significa que los riñones están dañados o no trabajan con la eficacia necesaria y este problema se mantiene en el tiempo.

En personas con DM2, la afectación renal puede preceder o acompañar el diagnóstico, y las causas son de origen multifactorial: hiperglucemia sostenida, hipertensión, inflamación crónica, disfunción endotelial y susceptibilidad genética (3).

La **optimización del tratamiento** antidiabético se convierte en una estrategia clave para mejorar resultados clínicos, prevenir complicaciones y racionalizar recursos.

Optimizar no es añadir más fármacos, sino priorizar aquellos con beneficio cardio-renoprotector demostrado, ajustando según la función renal y el perfil del paciente.

El enfoque terapéutico debe ser holístico o global, considerando la fragilidad, las comorbilidades, la polifarmacia y las preferencias del paciente. La colaboración entre Atención Primaria, Endocrinología y Nefrología es clave para evitar inercia terapéutica y facilitar un seguimiento multidisciplinar.

La *American Diabetes Association* (ADA) de 2025 y la guía conjunta *ADA-Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) de 2024 recomiendan los tratamientos centrados en la reducción de progresión renal, beneficio »









Color / Categoría	Familia / Fármaco	Iniciar (eTFG)	Mantener hasta	Notas clínicas y de ajuste	Mensaje clave
 Alta seguridad y beneficio cardiorenal	Metformina.	≥45	30	Reducir dosis (≤1.000 mg/día) si 30–44. Suspender <30 o ante contraste/deshidratación.	De elección inicial si eTFG ≥30.
	iSGLT2 (dapagliflozina, empagliflozina, canagliflozina).	Empa ≥20 Dapa ≥25 Cana ≥30	Hasta diálisis si ya estaba instaurado.	Disminuye efecto glucémico con eTFG baja, pero mantiene protección renal y cardíaca. Pausar ante cirugía o enfermedad aguda.	Protege riñón y corazón incluso con eTFG baja.
	GLP-1 RA (liraglutida, semaglutida, dulaglutida).	Sin ajuste.	<15: datos limitados.	Evitar exenatida <30 y lixisenatida <15. Evidencia cardiovascular sólida. Vigilar efectos gastrointestinales.	Alternativa o complemento con beneficio cardiovascular /renal.
 Moderada seguridad / uso condicionado	Tirzepatida.	Sin ajuste.	<15 o diálisis: datos limitados.	Alta eficacia glucémica y ponderal. Posible beneficio renal. Vigilar TGI y deshidratación.	Eficaz, usar con precaución en ERC avanzada.
	iDPP-4 (linagliptina, sitagliptina, saxagliptina, alogliptina).	—	—	Linagliptina sin ajuste. Sitagliptina 50 mg (30–44) o 25 mg (<30). Saxagliptina 2,5 mg (≤50). Alogliptina 12,5 mg (30–59); 6,25 mg (<30).	Alternativa si intolerancia o contraindicación de otros.
	TZD (pioglitazona).	—	—	Sin ajuste renal. Vigilar retención hídrica, edema o Insuficiencia cardíaca (IC).	Útil si no hay IC ni edema.
 Riesgo elevado / uso restringido	Sulfonilureas (glibenclamida, glipizida, gliclazida).	—	—	Evitar glibenclamida. Preferir glipizida o gliclazida (ajuste dosis). Riesgo alto de hipoglucemia.	Evitar o usar con máxima precaución.
	Glinidas (repaglinida, nateglinida).	—	—	Repaglinida con precaución; nateglinida evitar en ERC avanzada.	Riesgo de hipoglucemia.
	Insulina	—	—	Reducir dosis 25–50% según eTFG. Preferir análogos basales.	Ajustar cuidadosamente para evitar hipoglucemia.

TABLA 1. Semáforo terapéutico de fármacos hipoglucemiantes según estimación del filtrado glomerular (eTFG)

RESUMEN :

-  = Seguros y protectores → iSGLT2, GLP-1 RA, metformina (si eTFG ≥30).
-  = Usar con control clínico → tirzepatida, DPP-4i, pioglitazona.
-  = Precaución / riesgo de hipoglucemia o retención → sulfonilureas, glinidas, insulina altas dosis.



» cardiovascular y perfil de seguridad (4, 5). En este escenario, los fármacos con efecto cardiorenal protector que cobran protagonismo, explicados en la **tabla 1** de forma práctica modo semáforo de recomendaciones de hipoglucemiantes (4, 5).

La clave es priorizar fármacos con beneficio reno-cardio demostrado (SGLT2, GLP-1 RA) antes de centrar solo en el descenso de HbA1c o la glucemia.

RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS

Finalmente, en la diabetes con ERC, se debe priorizar el control glucémico individualizado y tensional estricto, la dieta cardiorenal (baja en sal y proteínas), la hidratación adecuada, el ejercicio regular, el abandono del tabaco y la monitorización periódica de eTFG y albuminuria. **Tabla 2. D**

LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SIGNIFICA QUE LOS RIÑONES ESTÁN DAÑADOS O NO TRABAJAN CON LA EFICACIA NECESARIA Y ESTE PROBLEMA SE MANTIENE EN EL TIEMPO









OBJETIVO / ÁREA	RECOMENDACIÓN PRÁCTICA	META O FRECUENCIA SUGERIDA
 CONTROL GLUCÉMICO	Ajustar tratamiento y estilo de vida para mantener la glucosa estable. Evitar hipoglucemias.	HbA1c <7% (individualizar según edad y comorbilidad).
 PRESIÓN ARTERIAL	Controlar TA en domicilio y consulta.	<130/80 mmHg.
 DIETA RENAL PROTECTORA	Reducir sal, moderar proteínas, limitar ultraprocesados. Seguir patrón mediterráneo.	Sal <5 g/día; proteínas ≈0.8 g/kg/día.
 HIDRATACIÓN	Agua como bebida principal. Evitar refrescos, zumos industriales y bebidas energéticas.	1.5–2 L/día según función renal.
 EVITAR TÓXICOS RENALES	No usar fármacos antiinflamatorios (AINEs) crónicamente; precaución con contrastes y suplementos no prescritos.	Supervisión médica estricta.
 PESO Y EJERCICIO	Mantener peso saludable y actividad física regular.	IMC 20–25; ejercicio ≥150 min/semana.
 TABAQUISMO	Cese total del tabaco.	Prevención de daño vascular y renal.
 MONITORIZACIÓN	Revisar creatinina, eTFG y cociente albúmina/creatinina.	1–2 veces al año.

TABLA 2. Claves de Protección Renal No Farmacológica en Diabetes Mellitus. Elaboración propia

CONCLUSIONES

La optimización del tratamiento antidiabético en pacientes con ERC es una prioridad clínica y estratégica. Implica un cambio de paradigma: del control glucémico aislado al abordaje integral, centrado en la protección renal y cardiovascular, con especial atención a la seguridad. Las guías de tratamiento nos facilitan la toma de decisiones en consulta, y se requiere coordinación entre niveles asistenciales junto con el empoderamiento del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Rodríguez-Poncelas A, et al. PERCEDIME2 Study. BMC Nephrol. 2013;14:46.
- 2.- Górriz JL. Factores de progresión en ERC-DM. J Clin Med. 2020;9(4):947.
- 3.- Montero N, et al. Guía práctica sobre enfermedad renal diabética. Nefrología (Madr). 2025;45(Supl 1):1–26.
- 4.- Diabetes Obes Metab. 2023;25(10):2795–2804.
- 5.- Ostrominski JW, et al. Tirzepatide real-world data. Ann Intern Med. 2025.