

Nefropatía

Se debe optimizar el control glucémico y la presión arterial para reducir el riesgo o retrasar la progresión de la nefropatía diabética (recomendación grado A).
Pesquisa Por lo menos una vez al año se debe evaluar la excreción urinaria de albúmina (por ejemplo, mediante el cociente albuminuria/creatininuria) y el filtrado glomerular estimado en sujetos con DBT1 de 5 años o más de duración y en todos los pacientes con DBT2 (recomendación grado B).
Tratamiento - No se recomienda el uso de IECA o BRA en la prevención primaria de la nefropatía diabética en pacientes con DBT con presión arterial normal y un cociente albuminuria/creatininuria normal (menor de 30 mg/g) (recomendación grado B). - Se sugiere utilizar un IECA o un BRA para el tratamiento de las personas no embarazadas con una elevación modesta de la excreción de albuminuria (30 a 299 mg/día) (recomendación grado C) y para aquellas con valor de albuminuria > 300 mg/día (recomendación grado A). - Se debe controlar el valor de creatinina y los niveles de potasio sérico al utilizar IECA, BRA o diuréticos (recomendación grado E). - En los sujetos con albuminuria es razonable controlar de forma continua el valor del cociente albuminuria/creatininuria para evaluar la progresión de la nefropatía diabética (recomendación grado E). - Cuando el filtrado glomerular estimado es menor de 60 ml/min/1.73 m² se deben evaluar y tratar las complicaciones potenciales de la enfermedad renal crónica (recomendación grado E). - Se debe considerar la derivación a un médico con experiencia en la atención de pacientes con enfermedad renal cuando existen incertidumbre sobre la etiología de esta última afección, cuestiones que dificultan el tratamiento o la enfermedad renal se encuentra en un estadio avanzado (recomendación grado B).
Nutrición En las personas con nefropatía diabética no se recomienda la reducción de la cantidad de proteínas en la dieta por debajo de la cantidad diaria recomendada de 0.8 g/kg/día (basado en el peso corporal ideal), ya que no altera las mediciones de glucemia, de riesgo cardiovascular o el descenso del filtrado glomerular (recomendación grado A).

Tratamiento de la enfermedad renal crónica en la diabetes

Tasa de filtrado glomerular (ml/min/1.73 m ²)	Tratamiento recomendado
Todos los pacientes	Medición anual de creatinina, albuminuria y potasio.
45 a 60	Derivar a nefrología si existe la posibilidad de nefropatía que no es de origen diabético (duración de la DBT1 < 10 años, albuminuria persistente, anormalidades ecográficas, hipertensión arterial refractaria, rápido deterioro del filtrado glomerular, sedimento urinario patológico). Considerar la necesidad de ajustar la dosis de los fármacos. Controlar el filtrado glomerular estimado cada 6 meses. Controlar los niveles de electrolitos, bicarbonato, hemoglobina, calcio, fósforo y parathormona al menos en forma anual. Asegurar niveles suficientes de vitamina D. Considerar medir la densidad mineral ósea. Derivar para asesoramiento nutricional.
30 a 44	Controlar el filtrado glomerular estimado cada 3 meses. Controlar los niveles de electrolitos, bicarbonato, hemoglobina, calcio, fósforo, parathormona, albúmina y el peso corporal cada 3 a 6 meses. Considerar la necesidad de ajustar la dosis de los fármacos.
< 30	Derivar a nefrología.