Atención personalizada para la diabetes: ¿deben los médicos de familia convertirse en nefrólogos preventivos?

www.medscape.org/spotlight/tailor-made-diabetes-care-spanish

Naveed Sattar, FMedSci, FRCPath, FRCPGlas, FRSE, PhD: Hola. Soy Naveed Sattar, profesor de medicina metabólica en University of Glasgow y especialista honorario en medicina metabólica en Glasgow Royal Infirmary en Glasgow, Escocia. Bienvenidos a este programa titulado *Atención personalizada para la diabetes: ¿deben los médicos de familia convertirse en nefrólogos preventivos?*

Hoy me acompaña Susanne Nicholas, profesora de medicina y especialista en hipertensión clínica en las Divisiones de Nefrología y Endocrinología del Departamento de Medicina, David Geffen, Facultad de Medicina en la UCLA en Los Angeles, California; Leigh Perrault, profesora titular de medicina en la División de Endocrinología, Metabolismo y Diabetes, y el afiliado del Centro de Salud Global de University of Colorado Anschutz Medical Campus, y profesor titular de epidemiología en la Facultad de Salud Pública en Colorado, que es un hermoso lugar, y por supuesto, un buen amigo mío, Naresh Kanumilli, que es médico de atención primaria en Northenden Group Practice en Manchester, Reino Unido. Una cálida bienvenida para todos. Comenzaremos con una historia de un caso típico. Y Naresh, para presentar un caso típico de paciente en atención primaria, le doy la palabra.

Naresh Kanumilli, MD: Gracias, Naveed. Gracias por la presentación. Entonces, solo analizaremos un caso, que es un caso típico que podríamos ver en la atención primaria. Una mujer de 55 años viene a mí para obtener una segunda opinión sobre el riesgo de desarrollar nefropatía y cardiopatía y le gustaría saber más sobre las cosas que debería estar haciendo. Y si hay otros medicamentos que debería estar tomando. Esto es algo que a menudo vemos en la atención primaria. Y tuvo diabetes de tipo 2 durante los últimos 18 años y retinopatía diabética e hipertensión durante 11 años, antecedentes familiares de diabetes (tres hermanos), diabetes e insuficiencia renal por parte de la madre, y diabetes y un defecto cardiaco por parte del padre. Por lo tanto, estaba tomando metformina, lisinopril, amlodipino e hidroclorotiazida. La presión arterial ha sido alta durante algún tiempo, 150/90 mmHg. La hemoglobina glicosilada (HbA1c) de hace dos semanas es superior al 8,5%, la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe), baja, 37 ml/min/1,73 m^2. Y la relación albúmina-creatinina en orina (UACR) es alto. Entonces, muchas cosas están pasando. Creo que valdría la pena analizar esto, y se lo encargaré a Susanne para que nos muestre cuáles son las opciones.

Susanne Nicholas, MD, MPH, PhD: Muchas gracias, Naresh. Y a partir de este caso, podemos ver que este paciente, sin una biopsia renal, realmente tiene lo que podemos decir que es nefropatía crónica (NPC) asociada con DT2 o nefropatía diabética. Y es probable que tenga nefropatía diabética o tal vez otra afección no relacionada con la diabetes que esté contribuyendo a su nefropatía crónica. Aun así, no podemos estar seguros de esto sin una biopsia de riñón. Así, a partir de su caso, decimos que tiene un diagnóstico clínico de nefropatía diabética basado en la TFGe inferior a 60 ml/min/1,73 m^2 o un UACR elevado superior a 30 mg/g, o ambos. Y, además, alguien con nefropatía diabética también tiene signos clínicos de diabetes. Por otro lado, un paciente con nefropatía diabética generalmente tiene una larga historia de diabetes, un UACR elevado de 300 mg/g. Y en la biopsia renal, lo que vemos son características estructurales que están asociadas con los cambios patológicos glomerulares que se asocian con la nefropatía diabética. Y estos pueden incluir engrosamiento de la membrana basal glomerular, expansión mesangial y nódulos, y pérdida de podocitos y alteración endotelial. Y desafortunadamente, la diabetes y la nefropatía diabética tienen una prevalencia

muy alta.

Y lo que es más importante, la prevalencia de la diabetes y la nefropatía diabética es muy alta, no solo en los Estados Unidos, sino también a nivel mundial. En los Estados Unidos, había 37 millones de personas con diabetes en 2021. A nivel mundial, sin embargo, podemos anticipar que para el año 2045, hasta 784 millones de personas tendrán diabetes. Alrededor de 20 a 40% de las personas con diabetes tienen nefropatía crónica. Y como la diabetes es la causa más común de NPC e insuficiencia renal en términos de nefropatía diabética, más de 40% de las personas con nefropatía crónica también tienen nefropatía diabética.

Lamentablemente, la nefropatía diabética es un problema importante de salud pública con alta morbilidad, mortalidad y alta carga económica. Y también hay mortalidad prematura en pacientes con nefropatía diabética, y se asocia con una esperanza de vida más corta de hasta 16 años.

La nefropatía diabética también se asocia con la enfermedad cardiovascular, la principal causa de muerte en esta población. Además, conlleva enormes gastos de atención médica, que representan más de USD 80 mil millones por año en costos estadounidenses para la atención de pacientes con nefropatía, lo que representa aproximadamente un 20% del presupuesto de Medicare.

Cuando observamos la patología de la nefropatía diabética, sabemos que hay aproximadamente 1 millón de unidades de filtrado o nefronas en cada riñón. La imagen de la izquierda muestra la hemodinámica típica para un individuo que tiene una función renal normal, pero en un paciente que tiene diabetes, lo que vemos es que, en respuesta a los altos niveles de glucosa crónicamente con el tiempo, se asocia con altos niveles de aminoácidos en la sangre, aumento de la filtración de cloruro de sodio, aumento de la filtración de glucosa dentro del glomérulo que conduce a un aumento de la reabsorción de cloruro de sodio, así como una mayor reabsorción de glucosa en la parte distal del túbulo proximal y posteriormente conduce a una disminución de la excreción distal de cloruro de sodio. Como resultado, hay una disminución de la retroalimentación del glomérulo tubular asociada con la fase eferente de constricción en respuesta a los altos niveles locales de angiotensina II.

Y cuando observamos más específicamente el glomérulo, vemos que en respuesta al desequilibrio hemodinámico y metabólico crónico, la estructura normal del glomérulo renal se vuelve anormal. Y lo que vemos es hiperplasia de células mesangiales, que es un aumento en el número de células mesangiales. También hay un aumento en la acumulación de matriz extracelular producida por las células mesangiales, y el riñón diabético se asocia con el engrosamiento de la membrana basal glomerular. Y todo esto nos da el cuadro clínico que vemos, como en nuestro caso la presentación de albuminuria, hipertensión y declive progresivo en la función renal.

Finalmente, solo quiero decir que tanto el sistema renal como el metabólico que se alteran en la diabetes están vinculados al sistema cardiaco dentro de un paciente diabético. Sabemos que alrededor de 13% de los adultos estadounidenses tienen DT2, y 32% de los pacientes con DT2 también tienen enfermedad cardiovascular. Y alrededor de 20% a 40% de los pacientes con DT2 tienen nefropatía crónica. Entonces, con eso, le doy la palabra.

Dr. Kanumilli: Muchas gracias, Susanne . A partir de las descripciones que nos ha dado, no solo da miedo, sino que hay mucho de qué preocuparse, y esta diapositiva muestra que gran parte de esto se está manejando en la atención primaria. Entonces, si se puede observar la primera parte del 84,6% de las personas con NPC en etapa 3 son atendidas en atención primaria, y obviamente sí, las cosas empeoran, probablemente lo hagan, y con razón, se filtran a la atención secundaria. Una de las cosas de las que habló me hace pensar que debería estar trabajando muy duro para identificar

este problema en una fase temprana.

Puede ver en la cantidad de daño que puede ocurrir a través de las etapas de la NPC, la pérdida de la función renal, y la pérdida de masa renal, etcétera.

Ahora todos hemos visto este mapa térmico y solo analizaremos esto sobre las medidas de la función renal y los marcadores de daño renal que se requieren para identificar a aquellos que están en riesgo de progresión. Una cosa que debe enfatizarse es que esto es algo que realmente podemos hacer en la atención primaria. Y lo demuestra a medida que bajamos hacia el nivel de TFGe. A medida que aumentan la proteinuria y la albuminuria, existe un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular, nefropatía en etapa terminal, lesión renal aguda y NPC progresiva. Por lo tanto, es de la incumbencia de la atención primaria que debemos centrarnos en cómo identificamos a estas personas tarde o temprano. La NPC explica predominantemente el aumento de la mortalidad en la DT2. Me gustaría mostrarles cómo las personas con DT2 y albuminuria conocida o TFGe baja tienen un mayor riesgo. De hecho, si tenía DT2, albuminuria y TFGe baja, tiene un riesgo 4,5 veces mayor de mortalidad por la afección en personas con DT2.

Por lo tanto, pueden ver que necesitamos ser capaces de detectar estas alteraciones temprano y probablemente implementar tratamientos eficaces y planes de abordaje para tratar de reducir la carga, no solo para la persona con diabetes, sino también la carga económica de la que usted habló. Cuando observamos esto, hay un par de preguntas, creo que vienen a mi mente como médico de atención primaria sobre cuándo derivar a los pacientes al nefrólogo. ¿Cuáles son los otros aspectos de la nefropatía diabética, como la anemia, el metabolismo óseo, etc.? Espero que lleguemos a esto en el análisis más adelante. ¿Le doy la palabra a Naveed solo para hablar de los ensayos?

Dr. Sattar: Bien. Muchas gracias, Naresh. Realmente disfruté volver a repasar una especie de fisiopatología renal, algo que realmente no aprendí muy bien en la escuela de medicina, pero creo que se está volviendo más destacado. En mi mente simplista, a menudo pienso que el daño renal es una expresión final del estrés volumétrico y nutricional. Eso es probablemente lo que está llevando a algunos de los daños que vemos. Creo que definitivamente podemos mejorar la forma en que educamos a nuestros colegas en el futuro. Pero en términos de los resultados, al observar los datos de los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2) y un metanálisis que Don McGuire dirigió de los cinco ensayos de resultados cardiovasculares, está muy claro que la reducción del riesgo relativo más dominante fue en los resultados renales. Aquí, puede verse una reducción del 38% en los resultados renales objetivos con inhibidores del SGLT2 en los ensayos de resultados cardiovasculares de diabetes de tipo 2. Y si desglosa a los pacientes con la enfermedad cardiovascular aterosclerótica existente anteriormente (ASCVD) o sin ASCVD, verán que los beneficios casi idénticos en términos de resultados renales oscilan entre el 36% y el 40% de reducción en los resultados a nivel cardiaco-renal. Por lo tanto, es un beneficio muy convincente y un beneficio considerable en términos de reducciones de riesgo relativo en comparación con algunos de los medicamentos que usamos en otras enfermedades, por ejemplo. Entonces, es un resultado importante, tal vez ese que no anticipamos completamente cuando comenzaron estos ensayos. Y ciertamente levantaría mi mano de humildad científica de que no esperaba estos resultados y probablemente de nuevo, me dice que estos medicamentos están funcionando en parte para corregir ese estrés hemodinámico de nutrientes que causa el daño renal en primer lugar.

¿Qué pasa con los pacientes con nefropatía existente? CREDENCE mostró que en personas con DT2 y una TFGe de 30 a 60 [ml/min/1,73 m^2] y una relación albúmina-creatinina por encima de 300

mg/g, que ya estaban tomando inhibidores de la renina-angiotensina (RAS), que un inhibidor del SGLT2, en este caso, canagliflozina, redujo aproximadamente un 30% el riesgo de resultados renales cardiacos. Y a esto siguió más recientemente DAPA-CKD, que mostró nuevamente un beneficio sustancial; una reducción relativa del riesgo en este caso del 39%. Los criterios de ingreso fueron ligeramente diferentes en el sentido de que los pacientes tenían una TFGe basal ligeramente inferior, de 25 a 75 [ml/min/1,73 m^2], y una albuminuria (ACR) fue superior a 200 mg/g en este caso. Así que algo superpuesto, pero ampliando el tipo de grupo de los pacientes que se benefician de estos. Y veremos más adelante en el año los resultados formales de EMPA-KIDNEY, que pueden ampliar aún más el grupo, pero estamos esperando a ver qué nos muestran los resultados de esos ensayos.

¿Qué pasa con los agonistas de receptores del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1)? Bueno, en un metanálisis que publicamos, y particularmente si nos fijamos en los datos quitando ELIXA, que es el único ensayo en el que se utilizó lixisenatida de acción corta en pacientes con síndrome coronario agudo. Y creo que la mayoría de los especialistas estarían de acuerdo en que esos son probablemente los mejores datos a tener en cuenta. Hubo una reducción significativa en el empeoramiento de la función renal, que incluyó el cambio de la TFGe, pero no incluyó la albuminuria, de un 18%. Así que eso nos da esperanza. Sí, los agonistas de los receptores del GLP-1 benefician al riñón. Dicho esto, hubo una heterogeneidad bastante amplia en los resultados, pero nos complace observar que hay ensayos en curso, como el ensayo FLOW, que nos dará más datos a su debido tiempo sobre los agonistas de receptores del GLP-1 y sus beneficios en el riñón. Entonces, veremos qué muestran esos datos, pero hay algo de optimismo allí.

Ahora le daré la palabra a Leigh. Leigh, ¿puede decirnos, según lo que ha escuchado, cómo se refleja todo eso en las directrices para la detección renal regular y luego analizar otros aspectos de la atención?

Leigh Perrault, MD: Sí, muchas gracias. Eso es mucho terreno que acabamos de cubrir. Entonces, supongo que me corresponde ponerlo todo en perspectiva en términos de lo que hacemos con todo eso para la atención al paciente. Y así, la American Diabetes Association (ADA) ha abogado durante mucho tiempo por la vigilancia de la función renal en personas con diabetes de tipo 2. Entonces, ¿qué entendemos por vigilancia? Medir específicamente la relación entre un elemento urinario puntual y creatinina, medir la creatinina sérica y luego calcular la tasa de filtración glomerular estimada, siguiendo el nivel sérico de potasio en pacientes que toman inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA), antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA) o diuréticos.

¿Cuándo medimos estos parámetros? En la cita inicial, vemos a esos pacientes y luego cada año. Podemos decir que tal vez aún más si estamos haciendo algo que creemos que va a cambiar cualquiera de esos parámetros. Entonces, ¿qué hacemos para el manejo clínico de los pacientes? Depende absolutamente de los valores que obtengamos de la relación albúmina-creatinina en orina (UACR) y la TFGe y esas otras mediciones.

Entonces, cada vez que veo a mis pacientes, les digo que tratamos la diabetes para prevenir las complicaciones. Considero que mi trabajo es prevenir las complicaciones de los pacientes. El primer lugar para comenzar es la base. Eso sería hacer cosas como hablar con nuestros pacientes sobre las modificaciones en el estilo de vida. Hacer ejercicio, por ejemplo, al menos 150 minutos por semana de actividad aeróbica moderada y evitar el sedentarismo. No se trata solo del tiempo de actividad, sino también de deshacerse del tiempo sedentario. En lo que respecta a lo que las personas pueden hacer por su dieta, limitar la ingesta de proteínas en la dieta a 0,8 gramos de proteína por kilogramo por día. Además, limitar la ingesta de sodio en la dieta a menos de 2 gramos de sodio por día. Y cuando se trata de fumar, simplemente no lo hagan, solo dejen de

fumar. Y luego está realmente los ABC de la diabetes. Así que el abordaje de la HbA1c, la presión arterial y el colesterol es muy fácil de recordar. Los ABC de la diabetes. Prácticamente de cualquier manera se pueden controlar esas tres cosas. Una vez más, la HbA1c, la presión arterial y el colesterol.

Por lo tanto, algunos pacientes, lamentablemente, desarrollarán algunas complicaciones de la diabetes. Y en ese punto, nuestro objetivo debe pasar de prevenir la complicación a prevenir la progresión de esa complicación. Y muchos de nuestros pacientes requerirán tratamientos para prevenir la progresión. Y así, un inhibidor del SGLT2, por ejemplo, acabamos de escuchar sobre los datos de los ensayos clínicos. Un inhibidor del SGLT2 puede ser una excelente decisión para hacer que una persona reduzca su glucemia, pero para alguien con nefropatía es esencial, independientemente de su glucemia. Ahora realmente estamos usando ese medicamento no solamente, o tal vez ni siquiera para reducir la HbA1c, sino realmente para prevenir la progresión de su nefropatía.

El bloqueo del RAS ha sido durante mucho tiempo el estándar de tratamiento para los pacientes con diabetes que tienen NPC, microalbuminuria, hipertensión y nefropatía crónica, el bloqueo del RAS es absolutamente una necesidad. Más recientemente, el advenimiento de los antagonistas de los receptores de mineralocorticoides pueden ser apropiados para algunos pacientes.

Desafortunadamente, algunos pacientes pueden tener complicaciones tan graves de la diabetes que realmente nuestros objetivos se convierten en el abordaje de todas esas complicaciones. Y así, algunos pacientes requerirán tratamientos adicionales, como tratamientos con antiagregantes plaquetarios, medicamentos potencialmente aglutinantes de potasio y otros más realmente solo para abordar la enfermedad concomitante significativa. Y yo diría que nuestra paciente en este caso particular es un gran ejemplo de esto. Ella viene a nosotros porque está preocupada y debería estarlo. Es decir, tiene retinopatía, tiene hipertensión, su HbA1c no es fantástica. Así que realmente, ella necesita ayuda. Ella necesita sin duda un poco de ayuda.

Entonces, esta es la cifra de la guía de KDIGO. Y realmente, solo habla sobre el abordaje integral de pacientes con diabetes y NPC. Entonces, ¿qué hay en el medio? El paciente. No solo nuestros objetivos y ciertamente los objetivos no solo tienen que ver con la glucosa, sino que incluyen el control de la glucosa. Así que, de nuevo, los pacientes se sientan, siempre les explico que la razón por la que tratamos la diabetes es para prevenir todas las complicaciones. Y entonces, para hacer eso, realmente debemos intervenir en múltiples factores de riesgo. Entonces, ponemos en práctica el ABC: bajar la HbA1c, la presión arterial y el colesterol. Vamos a hablar con ellos sobre el abordaje del estilo de vida. Absolutamente lo haremos. Trataremos de controlar esos puntos con medicamentos que ahora tenemos, que representan un gran avance en la atención que puede prevenir las complicaciones de los órganos finales de las personas con diabetes, lo que incluye complicaciones como la NPC. Entonces, vamos a dar seguimiento a la HbA1c, la presión arterial y el colesterol. Vamos a establecer objetivos para ese paciente. Vamos a medirlos, y les vamos a dar seguimiento a lo largo del tiempo. Realmente mantener a ese paciente en el centro de todo esto, pero asegurarse de que la atención a ese paciente sea altamente integral, incluya muchos medicamentos, mucho establecimiento de objetivos y muchos especialistas como nosotros que se reúnan para conversaciones como esta.

Creo que cuando miramos hacia atrás en el caso de la paciente, me encanta la forma en que comienza ese caso. Comienza con esta persona que acude a nosotros porque está preocupada. Le preocupa tener personas en su familia que han tenido diabetes, personas que se han visto afectadas. Ella ya tiene retinopatía. Y se pregunta si puede hacer más. La respuesta es absoluta. Nunca ha habido un mejor momento en la diabetes en el que tengamos herramientas de la

manera en que lo hacemos, que realmente podrían cuidar a los pacientes que tienen muchos factores de riesgo para que su NPC empeore, su diabetes empeore, y realmente explicarle que muchas personas con NPC no mueren de nefropatía crónica. Mueren de cardiopatía. Entonces, lo que debemos hacer es intervenir en múltiples factores de riesgo. Creo que hay mucho de lo que podemos hablar en términos de enfoques centrados en el paciente y atención integrada. ¿Alguien más quiere opinar aquí?

Dr. Sattar: Sí. Leigh, eso fue fantástico. Entonces, pasemos a Naresh. Naresh, ¿puede ampliar los modelos de enfoque de atención integral centrados en el paciente? Es decir, estos son términos que escuchamos, pero ¿qué significa?

Dr. Kanumilli: Una gran pregunta porque creo que ha habido muchos avances en los últimos años. Creo que debemos tratar de detener las barreras y lo que se llama trabajar en silos. Podemos trabajar en colaboración. En este país, debemos derivar a la atención secundaria. Las luchas internas son un problema. Tenemos las derivaciones, mientras que todo lo que estamos tratando de hacer es tratar de integrar todo el camino. Como dijo Leigh, pongan al paciente en el centro. Lo que se logra no es un retroceso, así que los pongo en el centro. Si necesitara consejos, podría llamarle a usted o a Susanne y decir: "Esto es lo que está pasando. ¿Qué hago?". Y luego usted aconseja, no tengo que esperar para derivar y luego ver en 10 días, para entonces las cosas podrían estar yendo muy mal. Así que absolutamente trato de integrarlo. Pero aún más que eso, creo que tratar de que personas como Susanne y Leigh traten de informar también a la atención primaria un poco más sobre qué más podemos hacer antes de que llegue a la etapa en que necesitan verlos. Supongo que eso probablemente nos lleve a la pregunta: "Oh, ¿cuándo hago una derivación a ustedes? ¿Qué hago?".

Dr. Sattar: Sí. Naresh, creo que es una pregunta brillante. Antes de entrar en eso, estaría bastante interesado en qué piensa Susanne sobre el tipo de algoritmos para los médicos de atención primaria, y la mejor manera de abordar la atención para pacientes con DT2 en riesgo de progresión o con NPC establecida. ¿Alguna otra reflexión más allá de lo que Leigh y Naresh dijeron, Susanne?

Dra. Nicholas: Naveed, creo que realmente este enfoque para cuidar a los pacientes con diabetes es realmente poner toda la información y las cosas que hemos analizado hoy en un algoritmo, ¿verdad? Un enfoque de manera escalonada de cómo integrar toda esta información.

Primero, en efecto queremos comenzar observando el riesgo del paciente para la NPC. Y esto ciertamente nos lleva de vuelta a nuestro caso que se presentó anteriormente. Esta paciente acude y le preocupa estar en riesgo. ¿Por qué? Porque en primer lugar, ella es un poco mayor. Tiene antecedentes familiares de NPC e insuficiencia renal. Tiene diabetes. Ella también tiene hipertensión y muchos de estos problemas. También incluimos a pacientes que provienen de minorías raciales y étnicas, ya que aumentan el riesgo de nefropatía crónica y su progresión.

Ese es el primer paso, determinar si un paciente está en riesgo, y una vez que se identifica al paciente en riesgo, debemos detectar la NPC. Y Leigh describió esta evaluación bastante bien en lo que recomienda la ADA. Y también observar a los pacientes, debo decir, el riesgo de progresión, no solo la progresión de la NPC, sino también el riesgo cardiovascular.

Y de nuevo, esto se describió muy bien mirando el mapa térmico de KDIGO, y eso realmente te da una idea, una vez que tienes los resultados de los análisis de laboratorio del paciente, dónde encajan exactamente dentro de la progresión en el mapa térmico. Eso permite luego intensificar la atención de abordaje para ese paciente. No solo para tratar de controlar la diabetes, la hipertensión arterial, la progresión de la nefropatía crónica, sino también el riesgo cardiovascular.

Y la forma de hacerlo es de una manera centrada en el paciente de la que acabamos de hablar.

Dr. Sattar: Brillante, Susanne. Brillante. Creo que ya ha hablado sobre la comunicación con los pacientes, pero quizás podría darnos un comentario muy rápido sobre eso, Leigh. Es decir, ¿cómo les explicamos esto a los pacientes? Creo que probablemente ya lo haya dicho, pero brevemente.

Dra. Perrault: Por supuesto. Seguro. Sí. Cuando intento hacer mi vigilancia de la función renal, por ejemplo, siempre digo: "Está bien, es hora de que hagamos algunos análisis de sangre y de orina. El análisis de orina es un marcador muy sensible para el daño renal". Les digo eso. Porque el daño renal con frecuencia puede preceder a una disminución en la función renal. Entonces, cuando reciben sus análisis de laboratorio y miran esa TFGe, muchos pacientes no están realmente seguros de lo que eso significa. Les explico: "Está bien, su riñón es como un motor. Filtra toda su sangre, y su motor es normal cuando está funcionando a un 100% en este caso, 100 ml/min/1,73 m^2". Suelo usar ese tipo de cien como un 100% y su motor funciona al 50%. Y, cuando dicen: "Oh, Dios mío, mi motor está funcionando al 50%. ¿Qué?". Y de repente, esa TFGe se vuelve muy real para ellos. Esos son algunos puntos de conversación para hablar en un lenguaje sencillo. Los pacientes tienen una mejor comprensión de lo que vemos.

Dr. Sattar: Me encanta eso. Creo que nosotros, como médicos, debemos tratar cada vez más de explicarles a los pacientes de una manera que entiendan, porque una vez que entienden, es mucho más probable que se involucren y tengan un mejor cumplimiento tanto con el estilo de vida como con los medicamentos que recomendamos. La última pregunta importante, supongo que realmente entonces es, y Naresh, usted ha preguntado esto, ¿cuándo hago una derivación a un nefrólogo? No sé, Leigh, ¿quieres responder primero? Volveré a Naresh y Susanne para los comentarios finales.

Dra. Perrault: Sí. Yo diría que siempre que sientan que necesitan ayuda. Si han aplicado el ABC, es decir, que han controlado la HbA1c, la presión arterial, el colesterol, han echado un vistazo rápido a la lista de medicamentos para asegurarse de que la persona no esté usando medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) y cosas por el estilo, han hecho todo lo que pueden. Si no están seguros de qué hacer a continuación, o qué está pasando con el paciente, deben derivar a nefrología.

Dr. Sattar: **De acuerdo. Naresh, ¿algo más que quiera compartir?**

Dr. Kanumilli: Creo que ese es el tipo de apertura necesaria para la atención primaria. Sentirse seguros de poder hablar con alguien. Creo que eso es lo que necesitamos. Podemos tener vías y podemos poner en práctica el ABC y simplemente hacerlo de la mejor manera, pero se establece una comunicación abierta y enorme con la atención secundaria o los especialistas. Y luego decir: "Bueno, en realidad, lo está haciendo bien. No es necesario hacer derivaciones todavía, haga todas estas cosas y luego envíenoslas. Entonces podemos buscarlo". Creo que eso es algo importante. Para mí, si se tienen dudas, hay que hablar con alguien.

Leigh, solo para nosotros en atención primaria, ¿puede aclarar el uso de inhibidores del SGLT2 en pacientes con diferentes valores de TFGe porque algunos estamos preocupados por el control glucémico, etc.? ¿Podría ampliar un poco sobre eso, por favor?

Dra. Perrault: Sí. Seguro. Gracias. Es una pregunta muy importante. Gracias por preguntar eso. Los inhibidores del SGLT2 hacen un gran trabajo en la reducción de los niveles de glucosa en la sangre, obviamente, esa es la razón por la que se llevaron al mercado en primer lugar. Solo lo hacen cuando la TFGe es superior a 45 ml/min/1,73 m^2. Solo son realmente buenos para reducir la HbA1c cuando esa TFGe es de 45 o más. Y eso es porque utiliza el riñón para excretar glucosa. Así es como reducen la glucosa.

Sin embargo, muchos de los ensayos que se han realizado desde esos ensayos iniciales de fase III que obtuvieron la indicación de glucosa realmente han demostrado beneficios para el riñón muy por debajo de una TFGe de 45 ml/min/1,73 m^2. Y los datos más recientes que acabamos de discutir son realmente sobre la prevención de la progresión de la nefropatía crónica y la diabetes. Esas TFGe pueden bajar a 30 ml/min/1,73 m^2, tal vez menos. Para quienes están usando inhibidores del SGLT2 con el fin de prevenir la progresión de la NPC, pueden usarlo en pacientes con cifras de TFGe de hasta 30 ml/min/1,73 m^2, pero recuerden, si lo hacen, ya no están usando ese medicamento para reducir la glucemia. Simplemente no funciona tan bien en esos valores de TFGe más bajos.

Dr. Kanumilli: Oh, gracias. Me queda claro.

Dr. Sattar: Claro, por supuesto. Voy a darle a Susanne la última palabra, pero mi reflexión final es que ahora estamos en esta posición porque tenemos herramientas mucho mejores para proteger los riñones y debemos usarlas adecuadamente. Susanne, te dejo la palabra final del panel antes de concluir.

Dra. Nicholas: Bueno, muchas gracias, Naveed. Un par de las cosas que agregaría en términos de cuándo derivar a un nefrólogo, si el paciente tiene hematuria, cuando hace ese análisis de orina, eso es algo importante que debemos buscar. Si la TFGe del paciente tiene una disminución repentina, eso es algo importante que hacer. Si el paciente tiene hipertensión, que es difícil de controlar, otro motivo para derivarlo a un nefrólogo. Una de las cosas que podemos hacer si vemos a los pacientes durante un largo periodo es mostrarle al paciente cómo se ve su TFGe, cómo se ha visto su capacidad motora a lo largo de los años. Y que, como nefrólogos, lo que estamos viendo son las tendencias, no los cambios cotidianos en la TFGe, sino realmente las tendencias en el curso del tiempo, porque esperamos que con la edad pueda tener una disminución que sea congruente con el envejecimiento, pero si está disminuyendo mucho más rápidamente que eso, es una razón para derivarlo a un nefrólogo.

Hay varias otras cuestiones en las que debemos pensar. Y creo que Leigh tocó algunas de ellas en términos de atención preventiva y algunas de las complicaciones que pueden ocurrir más adelante en pacientes con NPC, particularmente en las etapas avanzadas, como anemia, trastornos del metabolismo mineral óseo y otros problemas que pueden surgir. Una vez que el paciente está comenzando a progresar, particularmente cuando la TFGe es inferior a 30 [ml/min/1,73 m^2], es definitivamente el momento de derivarlo a un nefrólogo para que este pueda considerar si el paciente necesita tratamiento de reemplazo renal.

Afortunadamente, ahora, como ha mencionado, Naveed, han pasado 20 años desde que hemos tenido estos increíbles medicamentos para retrasar la progresión de la nefropatía crónica para prevenir la insuficiencia renal y proteger a los pacientes de su riesgo cardiovascular. Creo que tenemos mucho que ofrecer a nuestros pacientes en este momento. Tenemos un enfoque increíble para hacer eso, que está centrado en el paciente. Y creo que ciertamente podemos prevenirlo. Me gustaría decir que en el pasado, fue que tal vez pensamos que no podíamos hacer mucho por nuestros pacientes. Los tiempos han cambiado. Hay mucho más que podemos hacer por nuestros pacientes. Y creo que hicimos un excelente trabajo como equipo al revisar todas las diferentes formas en que podemos abordar esto.

Dr. Sattar: Bueno, muchas gracias, Susanne. Esa fue una conclusión fantástica. Debo agradecerles a Susanne, Leigh y Naresh por este excelente análisis. Y gracias a ustedes por participar en esta actividad. A continuación, sírvanse responder a las preguntas que siguen y completar la evaluación. Muchas gracias.

Cláusula de exención de responsabilidad

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Formación médica continua (Continuing Medical Education, CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/viewarticle/975260

Para preguntas relacionadas con el contenido de la presente actividad, comuníquese con el proveedor de esta actividad educativa a CME@webmd.net.

Para obtener asistencia técnica, comuníquese con CME@medscape.net.

La actividad educativa presentada anteriormente puede involucrar situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que aparecen en estas situaciones son ficticios y no se pretende ni debe inferirse ninguna asociación con ningún paciente real.

El material presentado aquí no necesariamente refleja los puntos de vista de WebMD Global, LLC ni de las compañías que apoyan programas educativos en medscape.org. Estos materiales pueden analizar productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos para su uso en Europa y usos no aprobados de productos aprobados. Se debe consultar a un profesional sanitario calificado antes de utilizar cualquier producto terapéutico analizado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de brindar tratamiento a pacientes o emplear cualquier medicamento descrito en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2022 WebMD Global, LLC

Medscape EDUCATION