

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA REDUCIR LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES Y RENALES EN LA DIABETES

Dr. Yehuda Handelsman, FACP, FNLA, FASPC, FAHA, MACE: Hola, soy Yehuda Handelsman. Soy endocrinólogo en la práctica privada, centrado en el metabolismo, específicamente en el tratamiento de la obesidad y la diabetes, y en la prevención de las comorbilidades. En los últimos 18 años, reconociendo el importante papel que desempeña la ERC, la nefropatía, en la aparición de enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia cardíaca y la salud metabólica general, hice que el tratamiento y la prevención de la progresión de la nefropatía fuera una prioridad. Abordé la salud general y los factores de riesgo tradicionales, como la hipertensión arterial y la dislipidemia. Trato y estoy adoptando el enfoque de 4 pilares con la combinación de ECA/ARA, inhibidores de SGLT2, finerenona, una ARM no esteroidea y agonistas del receptor de GLP-1.

Es un placer darles la bienvenida a este programa titulado “Estrategias de atención primaria para reducir los riesgos cardiovasculares y renales en la diabetes”.

Me acompaña hoy el Dr. Xavier Cos, especialista en atención primaria desde finales de los 90 con un doctorado en atención de la diabetes. Xavier también es profesor adjunto en la Universitat Autònoma de Barcelona y presidente de Primary Care Diabetes Europe. Ha participado activamente en la investigación clínica en atención primaria, incluidos ensayos clínicos, tanto de fármacos como de tecnología, y ha publicado muchas investigaciones epidemiológicas de big data, documentos de consenso y directrices. En los últimos años, también ha participado en una iniciativa común con KDGO en nombre de PCD Europe. Ha estado enseñando y publicando sobre la ERC y el papel de la atención primaria en la primera detección temprana y el tratamiento clínico. Una calurosa bienvenida, Xavier.

Dr. Xavier Cos, PhD, MSc: Gracias.

Dr. Handelsman: Así pues, en nuestro programa de hoy, nos gustaría mostrar que en los últimos años, tras la epidemia de obesidad, hemos presenciado una explosión de diabetes, de la cual aproximadamente entre el 40 % y el 50 % presentan ERC. En general, la ERC y la diabetes tipo 2 son muy frecuentes y muy graves. Sin embargo, la conciencia es muy baja; al menos en Estados Unidos, 1 de cada 5 personas con diabetes no sabe que la padece. En realidad, creo que es una sobrestimación de cuántas personas lo saben. 9 de 10 personas con ERC, no saben que la padecen. Y también, las minorías y las personas de edad avanzada tienen más problemas proporcionalmente con la nefropatía. Me pregunto, Xavier, ¿cómo es en España y Europa en cuanto a concientización?

Dr. Cos: Creo que es un área de mejora, claramente. Algunos de nuestros pacientes no saben que tienen diabetes. Sabemos que esto es aproximadamente el 50 % de ellos. Por ejemplo, tenemos datos de España, donde tenemos una prevalencia total del 14 %. Solo el 9 % lo sabe, el 5 % no lo sabe, por lo que probablemente el 30 % no sepa que son personas con diabetes de tipo 2. Y en cuanto a la ERC, las cifras son muy similares. Creo que es importante que los profesionales de la salud comprendan la importancia de hacer pruebas renales en esas situaciones clínicas, en las que sabemos que el riñón también debe ser un objetivo para las

consecuencias de las comorbilidades y también para el cribado y la detección temprana de si está ocurriendo algo en el riñón.

Dr. Handelsman: Y estoy de acuerdo. Creo que algunos de los objetivos de este programa en concreto son aumentar la concientización entre los médicos de atención primaria, que son los primeros en ver realmente al paciente para poder diagnosticar si tiene diabetes o nefropatía. El motivo por el que podemos diagnosticar hoy es porque podemos tratarlo. ¿Puede explicarlo un poco más?

Dr. Cos: Hay nuevos fármacos que funcionan correctamente en las personas que viven con enfermedades crónicas, como la diabetes, y que también presentan algunos signos de nefropatía crónica. Creo que es importante porque sabemos que faltan síntomas específicos de ERC. Se sabe que se trata de una enfermedad, también la diabetes, que es un poco traicionera porque las personas no sienten nada que esté en contra de ellos. Cuando se siente algo que es consecuencia de la enfermedad, lamentablemente podría ser demasiado tarde, ¿vale? Por tanto, es importante ser proactivos. Por ese motivo, probablemente sea falta de concientización sobre la enfermedad. Creo que también es responsabilidad de los profesionales de la salud. Estamos orientando a esas personas con afecciones crónicas como la diabetes para ayudarles a comprender que la diabetes no es solo: tenemos que prestar atención, azúcar, azúcar, azúcar. También debemos prestar atención a las consecuencias de tener un nivel alto de azúcar, junto con la presión arterial alta, los lípidos, etc.

Y el motivo para tratar esa enfermedad es que estamos intentando evitar las complicaciones crónicas y, luego, las complicaciones microvasculares. Por tanto, es importante que, por supuesto, se ponga en la agenda de los profesionales de la salud la utilidad de usar el CACU. Necesitamos explorar la función y los daños. Y una enfermedad como la diabetes puede producir problemas en el funcionamiento del riñón, lo que significa una disminución de la TFGe y también daños. Y eso significa que estamos empezando a perder proteínas, albúmina. Y luego tenemos pruebas muy fáciles que podemos intentar incorporar en términos de realización de un cribado. Y esa debe ser una acción proactiva. Necesitamos ser más proactivos en los pacientes que sabemos que presentan un riesgo elevado de desarrollar ERC. Y, por supuesto, las personas que viven con diabetes e hipertensión arterial, 2 enfermedades muy correlacionadas con las consecuencias en el riñón. Tenemos que hacer este enfoque de cribado proactivo. Y creo que es un mensaje muy importante para todos los profesionales de la salud en el marco de la atención primaria que tienen que incluir en su agenda ese tipo de pruebas cuando les gustaría saber cuál es la situación, en qué medida están sanos los riñones de esa persona que tienen delante con afecciones crónicas.

Dr. Handelsman: Parece ser que conoce muy bien el tema y que también se siente entusiasmado por la necesidad de hacer este tipo de cribado. ¿Por qué cree que los médicos de atención primaria no son conscientes de ello?

Dr. Cos: Creo que es importante tener en cuenta que, en la atención primaria, estamos intentando no solo tratar la diabetes ni la enfermedad de un índice. Cuando las personas acudieron a nuestra clínica, acudieron por 3 o 4 motivos distintos. Y eso significa que es probable que algunos aspectos específicos se diluyan en la relevancia de las cosas. Y creo que por eso es realmente importante que cuando tengamos delante a una persona que vive con una afección crónica, seamos proactivos. Sabemos que tenemos que probar la A1c dos veces al año para saber cómo es el tipo de control metabólico de la diabetes tipo 2. Si la persona está bajo control, si la persona está realmente bien controlada, la A1c está encaminada, pero tenemos otras situaciones en las que debemos realizar un cribado proactivo. Esto significa que tenemos que examinar el corazón, por supuesto, tenemos que explorar la comida, tenemos que explorar también el riñón, tenemos que explorar también la retina, y todos estos son los

distintos aspectos como una posible complicación que debemos evaluar de forma proactiva. Y, por supuesto, creo que cuando se tiene una solución de forma más clara, y ahora tenemos medicamentos que nos ayudan a cambiar probablemente el curso de esta complicación, podría ser muy útil para detectar esa situación en las etapas iniciales y que podemos proporcionar soluciones lo antes posible.

¿Por qué es tan importante adoptar un enfoque interdisciplinar holístico hacia la gestión del riesgo de los pacientes con ERC y diabetes? ¿Cuál cree que es este enfoque interdisciplinar holístico?

Dr. Handelsman: Creo que todos necesitamos reconocer que ya no vivimos en silos. En medicina, excepto en la especialidad de atención primaria, todos estábamos en silos. Solo mirábamos, nos centrábamos en 1 enfermedad, en 1 tratamiento, en 1 solución. Y nuestros pacientes no viven en silos, como usted mencionó, tienen muchos problemas que, usted como médico de atención primaria, debe resolver. No solo 1 problema. En los últimos años nos hemos dado cuenta de que hay mucha interacción en lo que yo llamo el medio metabólico, donde observamos que las personas que presentan obesidad y diabetes suelen presentar hipertensión arterial, trastornos lipídicos, y también nefropatía, enfermedad cardiovascular, y que tienen insuficiencia cardíaca.

La enfermedad cardiovascular es frecuente en la diabetes de tipo 2. La enfermedad cardiovascular es mucho peor en una persona con ERC y diabetes de tipo 2. Y la ERC, la nefropatía y la insuficiencia cardíaca están muy estrechamente relacionadas. Y lo que sucedió fue que, hace 10 años, este estudio denominado EMPA-REG demostró que un fármaco para la diabetes llamado empagliflozina era capaz no solo de mejorar la glucosa, sino también de reducir la mortalidad. Más tarde, vimos que es un tratamiento para la insuficiencia cardíaca y luego vimos que es un tratamiento para la nefropatía. De repente, un fármaco se ocupa de varios aspectos de la enfermedad. Entonces, es necesario saber lo que hacen nuestros fármacos. Ya no podemos hacer lo que se dijo antes: solo glucosa, solo lípidos o solo presión arterial. Es necesario brindar una atención integral y debemos reconocer cómo afectan nuestros medicamentos a nuestros pacientes. ¿Cómo lo ve en Europa?

Dr. Cos: Un aspecto importante que ha mencionado es que, cuando detectamos esas complicaciones o ese riesgo, tenemos ante nosotros la posibilidad de estratificar a las personas en distintos estadios. Esto significa que tenemos que ser muy proactivos con las personas de mayor riesgo. Necesitamos prestar especial atención a los que probablemente sean jóvenes o adultos menores de 60 años. Tenemos muchos casos de diabetes tipo 2 diagnosticados y ya con hipertensión, y comenzamos a observar problemas renales y cardíacos. Por supuesto, porque sabemos que estas personas tienen más esperanza de vida y tenemos que ser más proactivos en el enfoque. Y cuando estamos frente a una persona con microalbuminuria y otras cosas, el riesgo, como ya se ha mencionado, es mayor, lo que significa que nuestra acción y toda la información que tenemos (el ensayo Steno-2) debe prever un enfoque holístico de todos los factores para ser beneficioso. Por supuesto, UKPDS prevé la mayor cantidad de glucosa metabólica, pero el ensayo Steno-2 en personas que ya son personas de alto riesgo, con microcomplicaciones y albuminuria, ya prevé estos beneficios. Por supuesto, al realizar las pruebas, tenemos soluciones y esas pruebas nos permiten estratificar el riesgo de esas personas. Probablemente no tengamos que ofrecer lo mismo a todos. Tenemos que concentrar nuestros esfuerzos en aquellos que sepamos que necesitan más atención.

Dr. Handelsman: Sin embargo, lo que empezamos a reconocer, y es tan cierto lo que está diciendo, que cuanto antes intervengamos, será mejor para el paciente. Solíamos tomarnos nuestro tiempo, todavía nos tomamos nuestro tiempo, pero ahora hay tantos datos sobre la hipertensión que, si se interviene antes, se previenen más enfermedades. En los lípidos, cuanto

antes se intervenga, surgirán menos complicaciones. Lo mismo ocurre con la glucosa. En otras palabras, hay un continuo de riesgo que estamos viendo. Y no es solo saltar en cubos. Es un continuo. Por ejemplo, podemos ver aquí lo importante que es identificarla a las personas con ERC desde el principio. Observemos la hospitalización. A medida que bajemos con el TFG estimado, a medida que avancemos en la nefropatía, más personas serán hospitalizadas. A medida que aumentemos en la nefropatía, más personas morirán. Por eso es tan importante intervenir pronto. Y lo mismo ocurre con los acontecimientos CV. ¿Cuál fue su experiencia?

Dr. Cos: Estoy totalmente de acuerdo con esa perspectiva y con lo que ha dicho. Desde mi punto de vista, muchos de mis colegas no son realmente conscientes de que sus pacientes se encuentran en la fase 3b, y la fase 3b es una situación de mayor riesgo. Es decir, hay que ser muy proactivo. No es cuando se está una fase 4 que se cree que muchos medicamentos están contraindicados. Y luego, probablemente tenga que derivar al nefrólogo, etc. No, perdón, es entre 3a y 3b, donde está una gran parte de vuestros pacientes, hay que ser más proactivo. Estas son las personas a las que debe prestar atención.

Dr. Handelsman: Y quiero agregar algo. Ya he mencionado EMPA-REG antes y hablaremos de algunos de los ensayos renales que hemos visto. Sin embargo, en EMPA-REG, todos presentaban ERC 2. Tenían una especie de TFG estimada a mediados de los 70 años. Cuando administramos los SGLT2is, casi se normalizó la disminución de la TFG estimada. Y es interesante, ahora sabemos que los SGLT2is ayudan a los riñones, tenemos más medicamentos para ayudar a los riñones, y voy a dejarles ir y hablar sobre cómo lo hacemos. Cuanto antes intervengamos, mejores serán los resultados de nuestros pacientes.

Dr. Cos: Sí, y creo que, por ejemplo, algo importante que hemos estado comentando antes es cómo detectamos a estas personas y probablemente muchos de nosotros, estamos utilizando historias clínicas electrónicas, que nos alerta cuando tenemos que hacer las pruebas. Debemos hacerlo cada año, al menos cuando no se tenga ningún problema anterior. De acuerdo con lo que se vaya observando, se tiene un mapa de ruta de cuál es el mejor enfoque cuando se detecta algún tipo de problema. Creo que es importante que, como dijo antes, estemos intentando pasar a un problema que no produce ningún síntoma, nada. Solo vamos a ser proactivos. Y, por supuesto, cuando estamos haciendo ese tipo de pruebas, y estamos diagnosticando, practicándolas 2 veces y todos estos criterios ya validados que permiten comprender que hay que repetir la prueba para saber que se ha confirmado ese problema, hay que ir a una herramienta específica que le ayude a comprender en qué situación está la persona que tiene frente a usted.

Y luego se presentan 2 cosas: la función, la TFGe, la estimación de la tasa de filtración y el laboratorio le proporciona ese parámetro o porque está calculando la ERC-EPI, Cockcroft-Gault. Y, por supuesto, la albuminuria, el cociente albúmina-creatinina. Y, por supuesto, tenemos aquí este mapa de riesgo que permite comprender de forma muy clara y sencilla cuál es la acción que hay que se debe tomar ante esa situación. Espere otro año y vuelva a seleccionar en los recuadros verdes; o quizá realice alguna acción específica, comenzando con un medicamento; o quizá trate y consulte o quizá derive. Depende de cómo esté organizado su sistema sanitario, ya que probablemente no pueda derivar, pero quizá pueda consultar o pueda hacer otra cosa que le permita saber si está realizando el tratamiento adecuado en esa situación específica con esa persona.

Dr. Handelsman: Este mapa de riesgo de KDIGO, que predice el riesgo del paciente, se basa realmente en herramientas muy sencillas que todo médico de atención primaria puede hacer. Observe la TFG estimada, que procede del sencilla prueba de laboratorio a partir de la creatinina y, luego, el cociente de fórmulas para ello, y la albúmina en la orina. Es tan sencillo

hacerlo una vez al año y, luego, conectarlo a este factor pronóstico de riesgo denominado mapa de riesgo por KDIGO, y puede avanzar con eso.

Por tanto, ¿cuáles son las directrices actuales que recomiendan la opción de tratamiento para la ERC? Hemos mencionado KDIGO, que es este tipo de asociación mundial del riñón que ha estado trabajando junto con la Asociación Estadounidense de la Diabetes. Los diabetólogos han adoptado ahora un enfoque holístico para el cuidado del paciente. Siempre empezamos por el estilo de vida, tenemos que hacerlo. Siempre tenemos que recordarle a nuestros pacientes que mantengan una alimentación saludable; que hagan actividad física; que dejen de fumar; y está claro que el control del peso es importante. Tengo muchos pacientes que comen de manera saludable, pero comen mucho. Y cuando se come mucho, se aumenta de peso, y eso no es saludable. Tenemos que prestar atención a esto. Y luego estamos viendo el tratamiento médico de primera línea. Si usted es médico de atención primaria, puede hacerlo con facilidad. Estos son medicamentos que usted conoce y los tiene. Así, se comienza con metformina para la glucosa, y ahora se recomiendan inhibidores SGLT2 muy pronto porque funciona hasta cierto punto en la glucosa, pero claramente en el riñón y el corazón, lo cual tuvimos que haber considerado, ya que muchos de esos pacientes tienen presión arterial, necesitan comenzar con inhibidores de RAS. Evidentemente, si los pacientes tienen diabetes, tendrán que tomar estatinas. Debo admitir que yo uso menos la intensidad moderada. Lo que usamos para nuestros pacientes son las estatinas de alta intensidad. Sé que hay un movimiento en Europa, Inglaterra, que hace lo mismo.

Y luego dice la segunda línea, como agonista del GLP-1-receptor. La nueva clase de ARM no esteroideos, en concreto la finerenona, se ha introducido y ahora está aprobada para tratar a las personas con ERC en la diabetes de tipo II. Probablemente lo hagamos antes, algunos de nosotros, sobre todo si tenemos que controlar la glucosa en la diabetes, el GLP-1 RA se convertirá mucho antes en el tratamiento, especialmente si es también el resultado cardiovascular. Y luego hay muchos pacientes que no pueden tolerar SGLT2is; algunos no pueden tolerar el GLP-1 RA. Debemos tratar el riñón. Los ARM no esteroideos son una opción muy buena en ese marco. Y al hacer este tipo de enfoque holístico, según lo recomendado por KDIGO. De repente, ponemos en una misma página al médico de atención primaria, al endocrinólogo, al cardiólogo y al nefrólogo. Todos podemos relacionarnos y utilizar este tipo de recomendación holística para tratar a nuestros pacientes.

Dr. Cos, ¿podría decirnos cuáles son las evidencias que hemos comentado un poco antes, pero puede hablar de los inhibidores SGLT2is en la ERC?

Dr. Cos: Sí, antes de pasar a esto, tenga en cuenta también a la organización mundial de atención primaria WONCA (por sus siglas en inglés), junto con PCDE (Primary Care Diabetes Europe), KDIGO desarrolló lo que se denomina One Pager. Ese documento, que se encuentra en el sitio web de KDIGO, indica a la comunidad de atención primaria cómo preocuparse y cuáles son los aspectos importantes en términos de pruebas y acciones, y explica de forma muy clara y sencilla cómo realizar el cribado y el tratamiento.

En cuanto a la pregunta, se trata de un mensaje muy frecuente y claro: un mensaje transparente. Todos los diversos estudios, CREDENCE, DAPA-CKD, EMPA-KIDNEY, que pusieron a prueba los posibles beneficios observados cuando estos medicamentos se probaron en ensayos de resultados cardiovasculares comenzaron a proporcionar una idea de un posible beneficio de esos compuestos en el riñón. Entiendo que es muy claro y uniforme. Los 3 compuestos distintos: canagliflozina, dapagliflozina y empagliflozina proyectan de forma clara los beneficios cuando han sido confrontados en un ensayo contra el placebo. Un criterio de valoración principal compuesto que observa beneficios que rondan el 30 % en cuanto a la reducción del riesgo de ese criterio de valoración renal o muerte por causas cardiovasculares.

Creo que es importante tener en cuenta que todos estos compuestos, como familia, tienen beneficios en el riñón. Por eso creo que es coherente lo que dijo antes, la idea de usar esos compuestos es importante.

Pero, por supuesto, siempre debe informarse a la comunidad de atención primaria sobre el posible efecto secundario de cualquier medicamento. Algo importante a tener en cuenta, debido al mecanismo, es que probablemente pueda tener hipotensión porque está realizando una diuresis osmótica. Entonces, se debe tener en cuenta que, cuando se usan compuestos hipertensivos, si la persona también está bajo medicamentos diuréticos, creo que lo más importante son las infecciones genitales, las infecciones de las vías urinarias. Es un efecto de clase. Creo que podrían evitarse cuando informe a la persona sobre esa situación. Brindar el asesoramiento adecuado e informar lo que podría suceder, no detener los medicamentos y probablemente acudir al centro para proporcionar el tratamiento y que podría resolverse. Y las demás situaciones son más raras y probablemente podrían ser aterradoras y producir ruido, pero creo que es importante tener en cuenta las que ya he mencionado.

Dr. Handelsman: Bueno, creo que es muy bueno lo que menciona. Tenemos el SGLT2is en la práctica durante más de 10 años. Hemos descubierto que eran muy seguros. No provocan hipoglucemia, solo si están usando insulina. E incluso entonces es muy poco. Gran parte de la lista de efectos secundarios se dio en el momento inicial de su aparición. En realidad no los vemos. Tenemos que ser conscientes de que pueden ocurrir. Pero, como ha dicho, es bastante seguro. Una persona con infección genital podría ser quien necesita paciente principalmente, para la retención en las personas de edad avanzada, específicamente tal vez pueda darse la hipertensión.

Los agonistas del receptor GLP-1 también ayudan al riñón. Hubo un ensayo reciente, llamado ensayo FLOW con semaglutida, que mostró, en primer lugar, mejorar la función renal y, también, redujo la muerte por cualquier causa, lo cual es muy difícil de conseguir. Por tanto, el tratamiento del riñón es fundamental y lo bueno es que todos estos fármacos pueden funcionar juntos. Los efectos adversos de los agonistas del receptor GLP-1, los conocemos, son principalmente náuseas, diarrea y vómitos ocasionales. Es lo principal que estamos viendo, a veces incluso estreñimiento. Si suspendemos la administración del fármaco, desaparecen. En raras ocasiones, se presentan casos de pancreatitis. Los fármacos son seguros de nuevo, son muy beneficiosos, aunque algunos efectos secundarios son preocupantes, estaría bien.

Así pues, cuando veamos los ARM no esteroideos como la finerenona, hablemos de la eficacia del fármaco. Hubo un par de ensayos a gran escala sobre la diabetes. FIDELIO-DKD, que analizó el impacto sobre el riñón y los resultados cardiovasculares secundarios. FIGARO-DKD, un ensayo similar, analizó el impacto de las enfermedades cardiovasculares y el impacto en el riñón. Reúnanlos en FIDELITY y lo que veremos es una reducción del riesgo cardiovascular del 14 %, estadísticamente significativa, y una reducción del 23 % en la progresión de la enfermedad renal, estadísticamente significativa.

Tenemos los ARM no esteroideos, que son distintos de los ARM de tipo antiguo. Son totalmente independientes. Sabemos que la espironolactona y otros son fármacos bastante buenos. Los usamos en la presión arterial. Los utilizamos en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. Tienen muchos efectos secundarios, especialmente, en el caso específico de los hombres, algunos efectos secundarios sexuales, ginecomastia, y así sucesivamente. Esta nueva clase de fármacos no esteroideos no produce ninguno de esos efectos secundarios. Tienen algunos problemas con el aumento del potasio, al igual que la clase más avanzada, pero no tanto. Por lo tanto, si observamos estos estudios, podemos ver que hubo un aumento aproximado del 1,7 % del potasio en comparación con el 0,6 % que llevó

a la interrupción. Por lo demás, podemos ver una elevación del potasio, pero esto es relativamente fácil de tratar.

Lo mencionamos antes y me gustaría conocer su opinión sobre lo propuesto, principalmente y seguido solo por George Bakris, quien realmente estaba detrás de estas ideas de 4 pilares. Los 4 pilares se desarrollaron en personas con insuficiencia cardíaca y reducción de la fracción de eyección porque su mortalidad fue del 50 % en 4 o 5 años. Y al hacer los 4 pilares, podríamos triplicar la esperanza de vida. George presentó los 4 pilares para el tratamiento de las personas con ERC: administración de inhibidores de RAS, inhibidores SGLT2, ARM no esteroideos y agonistas del receptor de GLP-1 en diversos grados de urgencia. ¿Cómo abordaría esto, Xavier?

Dr. Cos: Creo que lo que el profesor Bakris recomendó está totalmente alineado con lo que creo que ahora es la evidencia a proyectar y el conjunto de claves para vosotros porque ya conocéis las pruebas y tenéis mucho criterio para intentar ver cómo podría implementarse porque lo importante es pasar de la evidencia a la adopción. Y creo que esto es probablemente lo que intentamos hacer con esa actividad educativa, tratar de concientizar para ayudar y orientar a nuestros colegas, nuestros compañeros, en términos de comprender cómo estos 4 pilares son esenciales en el tratamiento de la ERC en este momento, ya que se está proyectando cuál es la mejor evidencia disponible. Por supuesto, pasar de lo que se está haciendo a una nueva situación siempre es un desafío, ya que significa que se incorporan nuevos conocimientos y nuevas formas de operar y de comprender la enfermedad y nuevas formas, y eso necesita crear un espacio en su cerebro y en su rendimiento. Comprender que ahora tenemos medicamentos que modifican el curso de la enfermedad en el riñón, en el corazón, está claro. Sabemos que no debemos dar un paso atrás. Tenemos que estar juntos en esa alineación e intentar ver cómo podemos adoptar, como digo, esto como soluciones.

Dr. Handelsman: Bien, esto nos lleva de vuelta a la atención multidisciplinar en la ERC. Y lo que hemos aprendido es que, en cualquier monoterapia, siempre hay un gran riesgo residual. Pero cuando tratamos en combinaciones, en el ensayo Steno-2, ya hace 15 o 20 años, aprendimos que, cuando hacemos tratamiento de combinación, obtenemos un resultado mucho mejor. Esto es lo que tenemos que aprender ahora, y lo hemos comentado antes: si examinamos la atención multidisciplinar (el médico de atención primaria, el cardiólogo, el nefrólogo), estos medicamentos que tenemos hoy ayudan al riñón, al corazón, a la glucosa, a la presión arterial, a todo el paciente y así es como deberíamos tomarlo.

Dr. Cos: Totalmente de acuerdo. Creo que tenemos que pasar a acciones de atención basadas en un verdadero valor elevado. Eso significa dejar de hacer lo que no es beneficioso y poner nuestra atención y centrarnos en lo que brinda beneficios. Si estamos probando es porque sabemos que hay soluciones. Como he dicho, lo estamos diciendo de forma continua en este programa. Y creo que es porque tenemos soluciones, tenemos que actuar y brindar soluciones para esas situaciones que estamos detectando que requieren tales soluciones. Creo que los esquemas en los que combinamos medicamentos que conocemos desde hace al menos 20 años, en los que comenzamos a combinar insulina con agentes orales y distintos fármacos orales. Ya no estamos cambiando. Estamos realizando tratamientos adyuvantes. Estamos tratando de ver cómo estos distintos medicamentos brindan beneficios en los distintos mecanismos de las enfermedades y las comorbilidades que tenemos. Creo que es importante seguir ese enfoque. Es más actualizado y está mejor alineado con la evidencia de la que disponemos, como dije.

Dr. Handelsman: ¿Podría hablarnos un poco sobre ello George?

Dr. Cos: Sí, podría ser George, Anna, Michael. Es el ejemplo de una persona que podemos tener en nuestra clínica en el ámbito de la atención primaria. De hecho, es paciente de mi

clínica. Tiene 54 años y trabaja en una división financiera del sector industrial, trabaja muchas horas. Normalmente, ha sido difícil implicarle para que acuda a la clínica para ser honesto. Ese es un punto importante: hay que trabajar mucho en la educación, lo que permite a la persona comprender que debe estar comprometida y ser responsable de su enfermedad, y solo vamos a asesorar y ayudar, pero debe él ser el dueño de esta situación, ¿vale? Y creo que es muy importante que los pacientes no solo depositen la responsabilidad en nuestro lado. Tenemos que trabajar en equipo y creo que este ejemplo de una persona joven, hipertensiva, dislipidémica, diabética de tipo 2 desde hace ya algunos años y que también tiene antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular será ilustrativo. Estos son los medicamentos: irbesartán 150 mg, una vez al día; simvastatina; metformina 850 mg, dos veces al día. Aquí tenemos la última A1c de la que disponemos, el 7,5 %. Se trata de una persona obesa con un IMC de 30. Tenemos los resultados de la presión arterial. Y vemos que probablemente esta persona, aunque tenemos esta situación inicial, está lejos de los objetivos. Mire el LDL, está lejos de lo que es realmente ideal. Además, debe mejorarse la presión arterial. Probablemente la A1c no esté realmente en el objetivo individualizado de una persona como esta. Tal vez si intentáramos que sea inferior a 7, no 7 o probablemente más cerca de 6,5, estaría bien. Y vea qué podemos hacer con el medicamento. Y lo demás que probablemente debamos saber en la evaluación es lo que ocurre en la retina, ¿hay algún tipo de neuropatía?

Debemos observar los valores de las pruebas anuales de riñón, la TFGe y el CACU. Y estos valores también nos informan de que hay algo más a lo que debemos prestar atención. Ya tenemos la presión arterial no controlada, lípidos no controlados. Es probable que la A1c requiera un enfoque más estricto. Pero ahora también tenemos el riñón funcional y, en términos de CACU, también algunas cosas que hacer, vale. Probablemente desde esa perspectiva, cómo vamos a estratificar el riesgo para el riñón en esa persona. Por supuesto, antes del mapa de riesgo, ubicamos a esa persona con esos valores en una situación en la que requiere atención en cuanto al tratamiento, y no solo en cuanto a cribado, pues ya hemos observado daños, ya estamos en una fase 3a, pero cerca de 3b en cuanto a la TFGe, pero ya es microalbuminuria. Así pues, necesitamos empezar a usar probablemente un medicamento, mi opción sería un inhibidor SGLT2. De acuerdo. Pero además de eso, también tenemos que modificar el tratamiento de la PA, y probablemente pasar a irbesartán 300, vale, para intentar mejorar la presión arterial. Probablemente estoy insistiendo en el estilo de vida, observando lo que sucede con la A1c. Pero, ¿cuál cree que sería un buen enfoque, Yehuda, en cuanto a seguimiento? Dado que ahora estamos sometiéndonos a esta intervención, también estamos observando problemas en el riñón. Vamos a seguir adelante con esa estrategia. Pero, ¿cuál cree que podría ser un buen enfoque en cuanto al seguimiento de esa persona?

Dr. Handelsman: Estoy de acuerdo con el inicio de la empagliflozina y es importante aumentar el irbesartán a 300. El paciente tiene ERC, por lo que me gustaría ver los objetivos de presión arterial inferiores a 130 (sistólica), lo más cercanos posible a 120. Es posible que tenga que darle otro medicamento para la presión arterial además de eso. El inhibidor SGLT2 no será suficiente. Es obeso. Usted mencionó 6,5. Obviamente, ese es mi objetivo. Lo ha sido por muchos años. Creo que probablemente consideraría administrarle ese agonista del receptor GLP-1, que ayudará a perder algo de peso, que definitivamente controlaría la glucosa, también puede ayudar un poco en el riñón. Creo que viene la pregunta aquí, si quiere proteger el riñón, creo que para 3 meses debe comprobar de nuevo el CACU. No proyecto que la TFG estimada cambie mucho, pero se debería ver el impacto sobre la TFGe y luego considerar añadir finerenona. Si añade finerenona, solo debe asegurarse de que el potasio sea inferior a 4,8. Es decir, si está en 4,8, puede comenzar con 20 mg; si está en valor superior, puede comenzar con 20 mg de finerenona. Pero luego debe volver a comprobarlo. En mi clínica, sería en un mes, en su clínica, quizá en 3 meses. Depende de cuándo pueda hacer que su paciente

vuelva. Lo bueno del hecho de que tenemos un inhibidor SGLT2 y finerenona juntos es que vemos menos hipercalcemia en esa población. Ese es el seguimiento que creo que es importante.

Sí. Y no olvide que lo que ha mencionado sobre controlar los lípidos. Será difícil para este paciente.

De acuerdo. Solo quiero mencionarlo brevemente. Las personas con diabetes tipo 1 presentan un riesgo enorme de nefropatía, insuficiencia cardíaca y cardiopatía. No tienen muchos medicamentos para ellos. Sé que, en el ámbito de la atención primaria, no es su paciente primario, pero realmente necesita saber lo que está pasando. Hasta el momento, el único medicamento que tenemos para ellos es el tradicional. No hay nada nuevo que les ayude. Por lo tanto, hay estudios en los que se plantean medicamentos en el futuro. La finerenona se está probando ahora en pacientes con ERC y tipo 1, se llama FINE-ONE; obtendremos el resultado en unos años. Se trata de un ensayo muy sencillo que se limita a observar personas con ERC y tipo 1 para determinar el impacto de la finerenona sobre ellas, ya que la finerenona no tiene ningún impacto sobre la glucosa. No proyectamos ninguna complicación en esta población distinta de la otra población.

¿Qué más se sabe de las personas con el tipo 1 es sotagliflozina? Se trata de una combinación de SGLT1/SGLT2. El fármaco ya está aprobado para la insuficiencia cardíaca en Estados Unidos, por lo que probablemente lo utilicen especialistas. Lo están estudiando en personas con ERC. Y tendremos que ver cómo es el resultado. Siempre existe el temor a la CAD en esta población, pero las personas con nefropatía presentan un riesgo mucho menor de CAD. Ese es un pequeño secreto oculto que la gente desconoce. Este es el estudio SUGARNSALT en personas con ERC. Además, se está estudiando el mismo fármaco en personas con insuficiencia cardíaca y de tipo 1. De nuevo, los mismos fármacos funcionan en diferentes afecciones. Ese es el futuro. Creo que el médico de atención primaria tendría que saberlo una vez que llegue al mercado.

Bien, Xavier, quiero darles las gracias antes de cerrar. Fue realmente estupendo nuestro debate. No sé cómo no nos habíamos reunido hasta hoy. Pero ha sido un buen momento para conocernos y mantener una buena conversación clínica. Antes de terminar, vamos a compartir un par de comentarios sobre el cribado de la ERC y la importancia de lo que hemos comentado hoy.

Dr. Cos: Sí. Gracias por un diálogo tan inspirador. Creo que es muy relevante, desde la perspectiva de la atención primaria, la idea del cribado temprano porque tenemos que hacer un tratamiento temprano. Y creo que esta es una afirmación muy importante. Cribado y tratamiento temprano porque conocemos los beneficios de hacerlo. Así que, ponga el riñón en su agenda cuando tenga frente a usted a personas que viven con enfermedades crónicas de alto riesgo de padecer enfermedad renal, como diabetes, por ejemplo, esa es la enfermedad de referencia de la que estamos hablando.

Por supuesto, es realmente importante que tengamos estas herramientas a disposición: la TFGe y el CACU. Sabemos que algunas no están disponibles en todas partes, vale. A veces nuestro laboratorio no proporciona la TFGe, pero podemos calcularla fácilmente con aplicaciones o con sitios web, CKD-EPI o Cockcroft-Gault, si no tiene ERC-EPI, puede hacerlo y tiene una estimación de la función. En cuanto al daño, probablemente sea más difícil. Pero también creo que las autoridades y los profesionales sanitarios están más preocupados por el gran beneficio de tener estos parámetros en el formulario de su laboratorio. Creo que es importante tenerlo en cuenta. Y, por último, pero no menos importante, todos los distintos medicamentos y su relevancia, todos ellos la tienen en cuanto al tratamiento de esa persona en riesgo. Y pienso en los inhibidores de RAS, los inhibidores SGLT2, como finerenona y, por

supuesto, en lo que se ha proyectado por un agonista del receptor GLP-1 en ese caso. Con el estudio FLOW, semaglutida, que también proporciona beneficios en el riñón. Creo que se trata de realizar un cribado y un tratamiento de forma temprana. ¿Cuáles son las herramientas de las que disponemos, que serán nuestra solución y que tenemos que usarlas?

Dr. Handelsman: Xavier, fue un placer. Esperamos volver a reunirnos.

Me gustaría agradeceros vuestra participación en esta actividad. A continuación, os invito a responder a las preguntas que siguen y completar la evaluación.

La transcripción original en inglés no se ha editado.

Exención de responsabilidad

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Formación médica continuada (CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/viewarticle/1002395

Si tiene preguntas relacionadas con el contenido de esta actividad educativa, comuníquese con el proveedor de la misma escribiendo a CME@medscape.net.

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

La actividad educativa aquí presentada puede implicar situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes representados en estas situaciones son ficticios y no se pretende ni se debe inferir ninguna asociación con ningún paciente real.

El material presentado aquí no refleja necesariamente las opiniones de Medscape, LLC, o de empresas que apoyan la programación educativa en medscape.org. Esta actividad incluye el análisis de productos terapéuticos que no han sido autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU., usos no aprobados de productos autorizados o datos que se presentaron en forma de resumen. Estos datos deben considerarse preliminares hasta su publicación en una revista revisada por expertos. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de tratar a los pacientes o emplear cualquier tratamiento descrito en esta actividad educativa. Se debe consultar a un profesional sanitario cualificado antes de utilizar cualquier producto terapéutico aquí expuesto.

Medscape Education © 2025 Medscape, LLC