

Avances en la optimización del manejo de la Enfermedad Renal Crónica en Diabetes Tipo 2

Toolkit para Profesionales de la Salud

Este toolkit ha sido desarrollado por SEI Healthcare en colaboración con Dr. Robert Provenzano (Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI, USA) y Dr. Peter Rossing (Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Denmark).

Esta actividad ha recibido una subvención para la educación médica independiente de Bayer. Puede acceder al CKD/T2D webinar de esta actividad y el contenido de video a través de nuestra plataforma educativa, www.IME.Healthcare, donde usted también podrá encontrar los dos casos clínicos presentados en la actividad.

Recomendaciones seleccionadas de las Guías de Práctica Clínica KDIGO/ADA¹⁻⁴

Presión Arterial	<ul style="list-style-type: none"> ● Adultos con HTA y ERC: Se ha demostrado que una meta terapéutica de PAS <120 mmHg (meta) reduce el riesgo de eventos CV y mortalidad por todas las causas en la ERC.
Monitoreo y Metas de Glicemia	<ul style="list-style-type: none"> ● Seguimiento regular de HbA1c. La confiabilidad disminuye en ERC avanzada, particularmente en pacientes con diálisis, los resultados deben interpretarse con precaución. ● Las metas de control glucémico deben ser individualizadas manteniendo un rango de <6.5% - <8%
iSGLT2	<ul style="list-style-type: none"> ● iSGLT2 reducen notablemente el riesgo de progresión a ERC, FC, and ECVA aun cuando la glucemia está bien controlada. ● Considere iniciar en individuos con DT2, ERC y TFGe ≥ 20 mL/min/1.73 m². ● Puede ocurrir una disminución reversible en la TFGe y generalmente no es una indicación para suspender el tratamiento.
AR GLP-1	<ul style="list-style-type: none"> ● Se recomienda un AR GLP-1 en personas con DMT2 y ERC que no han alcanzado objetivos glucémicos individualizados a pesar de la metformina y los iSGLT2, o en quienes estén contraindicados. ● Un AR GLP-1 puede usarse preferentemente en personas con obesidad, DMT2 y ERC para promover la pérdida de peso intencional.
Bloqueo SRAA	<ul style="list-style-type: none"> ● The use of an iECA or ARB, titulado a la dosis máxima aprobada o tolerada más alta, se recomienda en personas con DM T1 ó T2, hipertensión arterial y UACR ≥ 30 mg/g. ● Controle el potasio y la creatinina séricos.
ns-MRA	<ul style="list-style-type: none"> ● Los ns-MRA reducen el riesgo de progresión de la ERC y la ocurrencia de eventos CV en personas con DMT2 y albuminuria. ● Utilice un ns-MRA en personas con DMT2, TFGe ≥ 25 ml/min/1,73 m², potasio sérico normal y UACR ≥ 30 mg/g, a pesar de la dosis máxima tolerada de IECA o BRA. ● Controle periódicamente el potasio sérico.

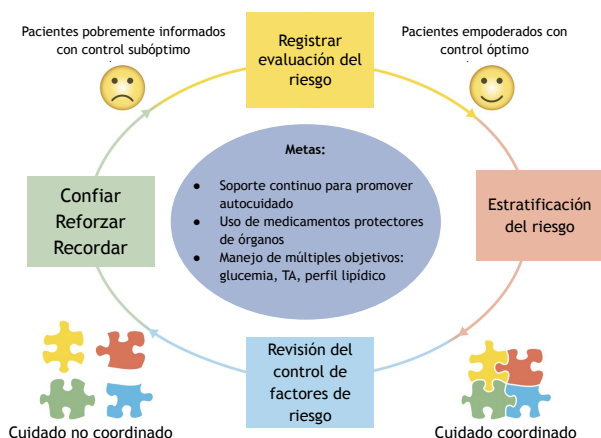


Figura 1. Equipos de atención integrada, brindada por personal médico y no médico con el apoyo de tomadores de decisiones.¹

Atención integral: las personas con DM y ERC tienen una enfermedad multisistémica que requiere una intervención en su estilo de vida y terapia farmacológica que mejore los la función renal y cardiovascular. Un enfoque integrado y basado en equipos para tratar a estos individuos debe centrarse en la evaluación periódica, el control de múltiples factores de riesgo y la educación en el autocuidado para proteger la función renal y CV.

Capacite a sus pacientes: anímelos a ser parte activa del equipo que controla su diabetes y su enfermedad renal. Centrarse en el autocuidado y el control de múltiples factores de riesgo ayudará a proteger la función renal y reducir el riesgo de complicaciones.

Fuente de la imagen: Guía de práctica clínica KDIGO 2022 para el manejo de la diabetes en la ERC.

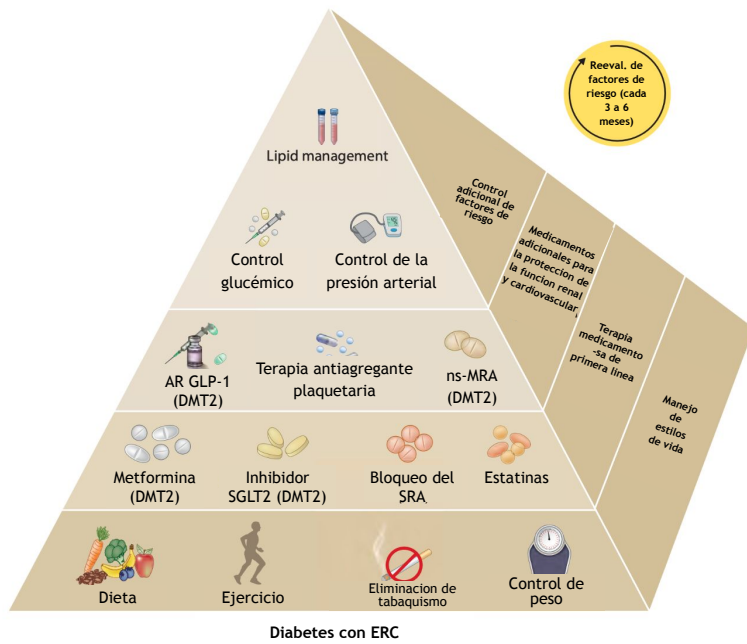


Figura 3. Manejo holístico de los factores de riesgo riñón-corazón.¹

Las personas con diabetes y ERC deben ser tratadas con un enfoque integral para mejorar la función renal y cardiovascular. Esto debe incluir una base de modificación del estilo de vida y autocuidado para todos los pacientes, sobre la cual se superponen terapias farmacológicas de primera línea según las características clínicas, terapias de protección renal y CV comprobada según índices de riesgo residual, y las intervenciones adicionales necesarias para controlar aún más los factores de riesgo.

Fuente de la imagen: Guía de práctica clínica KDIGO 2022 para el manejo de la diabetes en la ERC.

Categorías de TFG (mL/min/1.73 m ²), descripción e intervalos			Estadios de Albuminuria (Descripción e intervalos)		
			A1	A2	A3
G1	Normal o alto	≥90	Normal a elevado levemente <30 mg/g <3 mg/mmol	Elevado moderadamente 30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	Elevado severamente >300 mg/g >30 mg/mmol
G2	Disminuido levemente	60-89		Monitorear	Remitir *
G3a	Disminuido leve a moderado	45-59	Monitorear	Monitorear	Remitir
G3b	Disminuido moderado a severo	30-44	Monitorear	Monitorear	Remitir
G4	Disminuido severamente	15-29	Remitir *	Remitir *	Remitir
G5	Falla renal	<15	Remitir	Remitir	Remitir

Categorías de TFG (mL/min/1.73 m ²), descripción e intervalos			Estadios de Albuminuria (Descripción e intervalos)		
			A1	A2	A3
G1	Normal o alto	≥90	Normal a elevado levemente <30 mg/g <3 mg/mmol	Elevado moderadamente 30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	Elevado severamente >300 mg/g >30 mg/mmol
G2	Disminuido levemente	60-89	1 (CKD)	1	2
G3a	Disminuido leve a moderado	45-59	1	2	3
G3b	Disminuido moderado a severo	30-44	2	3	3
G4	Disminuido severamente	15-29	3	3	4+
G5	Falla renal	<15	4+	4+	4+

Figura 3A. Toma de decisiones de remisión al especialista según la TFG y la albuminuria.⁵ *Los médicos remitentes tal vez deseen hablar con el servicio de nefrología dependiendo de los acuerdos locales con respecto al seguimiento o la remisión. **Figura 3B.** Cuadrícula de TFG y albuminuria para reflejar el riesgo de progresión por color.⁵ Los números en los cuadros son una guía para la frecuencia del monitoreo (número de veces por año). El verde refleja enfermedad estable, con mediciones de seguimiento anuales si hay ERC presente; el amarillo requiere precaución y mediciones al menos una vez al año; el naranja requiere mediciones dos veces al año; el rojo requiere mediciones 3 veces al año, mientras que el rojo intenso puede requerir un seguimiento más cercano aproximadamente 4 veces o más al año (al menos cada 1 a 3 meses). Estos son parámetros generales basados únicamente en la opinión de expertos y deben tener en cuenta las condiciones comórbidas subyacentes y el estado de la enfermedad, así como la probabilidad de impactar un cambio en el manejo de cada paciente. **Fuente de la imagen:** Guía de práctica clínica KDIGO 2012 para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica.

¡ACTUALIZACIÓN! Las directrices actuales de la ADA, la ASN y la NKF recomiendan la implementación de la ecuación de creatinina CKD-EPI de 2021 sin la variable racial en todos los laboratorios de Estados Unidos.⁶

Abbreviations: iECA, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; ADA, Asociación Americana de la Diabetes; ARA, Bloqueador de receptor II de angiotensina; ECVA, enfermedad cardiovascular aterosclerótica; ASN, Sociedad Americana de Nefrología; TA, Tensión Arterial; ERC, enfermedad renal crónica; CV, cardio-vascular; TFGe, tasa de filtración glomerular estimada; TFG, tasa de filtración glomerular; AR GLP-1, agonista del receptor de glucagon-like peptide-1; HbA1c, hemoglobina glicosilada; FC, falla cardíaca; HTA, hipertensión arterial; KDIGO, Enfermedad Renal: Mejorando Resultados Globales; NKF, Fundación Nacional del Riñón; ns-MRA, antagonista del receptor de mineralocorticoide no esteroideo; RAASi, inhibidor del eje renina angiotensina aldosterona; iSGLT2, inhibidor del cotransportador-2 de sodio-glucosa; DMT1, Diabetes Tipo 1; DMT2, Diabetes Tipo 2; UACR, Cociente de albúmina-creatinina en orina.

References: 1) KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2022;102(5S):S1-S127. 2) Rossing P, et al. *Kidney Int.* 2022;102(5):990-999. 3) de Boer IH, et al. *Kidney Int.* 2022;102(5):974-989. 4) Cheung AK, et al. *Kidney Int.* 2021;99(3):559-569. 5) KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2013;3:1-150. 6) ElSayed NA, et al. 11. *Diabetes Care.* 2023;46(Suppl 1):S191-S202.