

Conferencias y Simposios

SEIS VOCES EN 10 MINUTOS

C) Actualización en complicaciones crónicas

Coordinador: Dr. Alejandro Sánchez

Insuficiencia renal

Dra. Fabiana Davila

Médica, Servicio de Diabetes, Hospital Universitario Austral, Provincia de Buenos Aires, Argentina

La diabetes mellitus (DM) es la causa más común de enfermedad renal crónica (ERC). Entre un 20-40% de las personas con DM tienen enfermedad renal atribuida a esta metabolopatía, lo cual aumenta el riesgo cardiovascular y puede progresar a una etapa que requiera diálisis o trasplante. Raramente se produce antes de los 10 años en pacientes con DM1 y aproximadamente el 3% con DM2 la presenta al momento del diagnóstico.

La ERC se define como excreción de albúmina en orina elevada (relación albuminuria/creatininuria -RAC ≥ 30 mg/g-) y tasa de filtración glomerular estimada (TFGe); si presenta TFGe < 60 ml/min/1,73 m² o ambos durante más de tres meses se denomina insuficiencia renal crónica (1). Al menos anualmente, evaluar RAC y TFGe en pacientes con DM1 de ≥ 5 años de diagnóstico y en todo paciente con DM2 independientemente del tratamiento. Si los valores RAC > 30 mg/g y/o TFGe < 60 ml/min/1,73 m², se recomienda control dos veces al año para guiar la terapéutica (2). Los signos de ERC pueden estar presentes con o sin retinopatía y la TFGe disminuida sin albuminuria (2).

El control glucémico se evalúa principalmente con hemoglobina glicosilada A1C (HbA1C); el rango objetivo debe ser individualizado entre 6,5% a $< 8,0\%$, con ERC no dialítica, considerando principalmente riesgo de hipoglucemia¹. A medida que progresa insuficiencia renal existen condiciones que pueden modificar las mediciones de HbA1C, tomando más relevancia el control glucémico por monitoreo continuo de glucosa o capilar.

En cuanto al tratamiento, a medida que la TFG disminuye, aumenta el riesgo de hipoglucemias, por eso la necesidad de utilizar fármacos que reduzcan ese riesgo, teniendo en cuenta que para pacientes con DM2, recientes estudios demostraron reducción de la progresión de la enfermedad renal y eventos cardiovasculares con la utilización de iSGLT-2, con filtrado glomerular ≥ 30 ml/min/1,73 m² y RAC ≥ 30 mg/g, y en aquellos con riesgo aumentado de ECV se recomienda indicar un AR GLP-1 con el fin de reducir el riesgo de progresión de albuminuria, los eventos CV o ambos (3).

Palabras clave: diabetes; enfermedad renal crónica; tratamiento.

Bibliografía

1. KDIGO. Clinical Practice Guideline on Diabetes Management in Chronic Kidney Disease (in press).
2. American Diabetes Association. 11. Microvascular complications and foot care: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. Diabetes Care 2020; 43(Suppl. 1):S135–S151.
3. American Diabetes Association. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. Diabetes Care 2020;43(Suppl. 1):S98–S110.

SIX VOICES IN 10 MINUTES

C) Update on chronic complications

Coordinator: Dr. Alejandro Sánchez

Insuficiencia renal

Dra. Fabiana Davila

Doctor, Diabetes Service, Austral University Hospital, Province of Buenos Aires, Argentina

Diabetes mellitus (DM) is the leading cause of chronic kidney disease (CKD). About 20-40% of patients with DM develop kidney disease due to this metabolic disorder, which increases the cardiovascular risk and can progress to a stage that requires dialysis or kidney transplantation. CKD typically develops after diabetes duration of 10 years in T1D patients and it is present in around 3% of T2D patients at diagnosis.

CKD is defined as the presence of elevated urinary albumin excretion (urinary albumin/creatinine ratio -ACR ≥ 30 mg/g-) and estimated glomerular filtration rate (eGFR) of < 60 ml/min/1.73 m², or both, during three months or more. This is known as chronic kidney disease. (1) At least once a year, assess ACR and eGFR in patients with T1D with duration of ≥ 5 years and in all patients with T2D regardless of treatment. Patients with ACR > 30 mg/g and/or an eGFR < 60 ml/min/1.73 m² should be monitored twice annually to guide therapy. (2)

Signs of CKD may be present with or without retinopathy and reduced eGFR without albuminuria. (2)

Glycemic control is mainly evaluated with glycosylated hemoglobin A1c (HbA1c). A HbA1c target ranging from 6.5% to $< 8.0\%$ should be individualized in non-dialysis dependent CKD patients, mainly evaluating the risk of hypoglycemia. (1) As kidney failure progresses, new conditions may modify HbA1c measurement, and the glycemic control by continuous glucose monitoring or capillary monitoring takes more prominence.

As regards treatment, provided that GFR reduces, the risk of hypoglycemia will increase. Therefore, it is necessary to use drugs which reduce this risk. Recent studies have shown reductions in the progression of kidney disease and cardiovascular events in patients with T2D treated with an SGLT2 inhibitor, with glomerular filtration ≥ 30 ml/min/1.73 m² and ACR ≥ 30 mg/g. Patients with increased risk of CVD should be recommended the use of GLP-1 RA in order to reduce the risk of albuminuria progression, cardiovascular events, or both. (3)

Key words: diabetes; chronic kidney disease; treatment.

Bibliography

1. KDIGO. Clinical Practice Guideline on Diabetes Management in Chronic Kidney Disease (in press).
2. American Diabetes Association. 11. Microvascular complications and foot care: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. Diabetes Care 2020; 43(Suppl. 1):S135–S151.
3. American Diabetes Association. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. Diabetes Care 2020;43(Suppl. 1):S98–S110.