

Transcript Details

This is a transcript of a continuing medical education (CME) activity. Additional media formats for the activity and full activity details (including sponsor and supporter, disclosures, and instructions for claiming credit) are available by visiting:

<https://reachmd.com/programs/cme/nuevas-perspectivas-en-el-tratamiento-de-la-ckd-en-t2d-el-papel-de-las-terapias-con-mra/13185/>

Released: 12/27/2021

Valid until: 12/27/2022

Time needed to complete: 15 minutos

ReachMD

www.reachmd.com

info@reachmd.com

(866) 423-7849

Nuevas perspectivas en el tratamiento de la CKD en T2D: El papel de las terapias con MRA

Locutor:

Bienvenidos a CME en ReachMD. Esta actividad titulada «Nuevas perspectivas en el tratamiento de la CKD en T2D: El papel de las terapias con MRA» es proporcionada por Medtelligence.

Antes de comenzar la actividad, asegúrese de revisar las declaraciones de divulgación de apoyo comercial y de la facultad, así como los objetivos de aprendizaje.

Dr. Rossing:

Así que lograr resultados óptimos en el tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes tipo 2 sigue siendo un desafío debido a la respuesta multidisciplinaria necesaria para prevenir la disfunción renal progresiva. El diagnóstico precoz y los exámenes de detección regulares de la enfermedad renal crónica y diabetes tipo 2 establecen la fase para que los médicos clínicos optimicen la terapia de fármacos con el fin de evitar la progresión hacia la insuficiencia renal terminal o ESKD. Esto también posibilita el tratamiento progresivo de la hipertensión comórbida y otros factores de riesgo cardiovasculares. Si bien los avances en el tratamiento de la diabetes redujeron significativamente la incidencia de complicaciones relacionadas, las nuevas estrategias y terapias para tratar la progresión hacia la insuficiencia renal terminal siguen siendo una necesidad no satisfecha.

Esto es CME en ReachMD y yo soy el Dr. Rossing.

Dr. Filippatos:

Soy el Dr. Filippatos.

Dr. Weir:

Y yo soy el Dr. Matthew Weir.

Dr. Rossing:

Hoy vamos a observar las necesidades no atendidas en el tratamiento de la enfermedad renal crónica y diabetes tipo 2, ahondaremos en la función de los MRA, o antagonistas receptores de mineralocorticoide, en el espectro de tratamientos, y analizaremos descubrimientos recientes logrados mediante ensayos clínicos. Como mencioné, lograr resultados óptimos en el tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes tipo 2 sigue siendo un desafío, y debemos adoptar componentes multidisciplinarios al administrar la progresión hacia la enfermedad renal crónica. Así que primero usted, Dr. Filippatos. ¿Puede contarnos sobre las respuestas cardiorrenales actuales y el desafío que enfrenta al tratar pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes tipo 2? ¿Cómo interviene el abordaje multidisciplinario?

Dr. Filippatos:

Muchas gracias, Dr. Rossing. Gracias, Peter. Déjeme comenzar con la última parte de su pregunta. La mayoría de los pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes tipo 2 son atendidos no solo por un nefrólogo, sino también por un diabetólogo, y como aprendimos de un ensayo reciente, como confirmamos con el ensayo reciente, al menos entre el 40 y 50 % de estos pacientes tienen antecedentes de enfermedad cardiovascular y son tratados por cardiólogos. Y, por supuesto, la mayoría de ellos tiene un médico de cabecera, un médico de atención primaria. Así que es necesario contar con un abordaje multidisciplinario.

Creo que el segundo problema, como usted señaló, es que estos pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes tipo 2 tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, y progresión hacia la enfermedad renal a pesar de los avances recientes en la terapia. La mayoría de estos pacientes reciben tratamiento con inhibidores de ACE y betabloqueadores, y muchos de ellos reciben inhibidores del SGLT2. Sin embargo, la progresión hacia la enfermedad renal crónica con diabetes no solo obedece a factores metabólicos y factores hemodinámicos, sino también se produce a causa de la inflamación y la fibrosis. Estos causan la sobreactivación de receptores de mineralocorticoides. Y las terapias anteriores no apuntan al MR. De modo que se sugirió esta sobreactivación para contribuir con la progresión de la enfermedad cardiovascular y a la progresión de la enfermedad renal en estos pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes. Permítame señalar algo que sabemos: hemos trabajado juntos con otros expertos en el abordaje multidisciplinario en los ensayos clínicos, el FIDELIO y FIGARO. Estos ensayos en pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes evaluaron el finerenone y los MRA no esteroides innovadores, que se cree que contribuyen con la inflamación y la fibrosis. El FIDELIO aleatorizó 5000 pacientes con enfermedad renal crónica terminal e incluyó un compuesto renal primario, que, además de los inhibidores de ACE o ARB, tuvo como resultado una reducción relativa del 18 %, el criterio de valoración del compuesto renal primario en comparación con el uso de placebo. Y también el FIGARO, donde en más de 7000 pacientes con enfermedad renal crónica inicial, la finerenone redujo el riesgo del criterio de valoración primario del compuesto cardiovascular un 13 % en comparación con el placebo. Así que pienso que tenemos desafíos. Tenemos oportunidades y busco analizar este tema más adelante.

Dr. Rossing:

Sí, muchas gracias.

El uso de MRA no esteroides brinda una oportunidad para evitar el deterioro en la función renal y mejorar las respuestas en pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes tipo 2. Dr. Weir, me gustaría retomar sus opiniones sobre este tema y preguntarle qué aprendimos de los ensayos clínicos recientes y de qué forma podemos aplicar ello a la atención de pacientes.

Dr. Weir:

Bien, como dijo el Dr. Filippatos, la disminución del riesgo cardiorenal es el nombre del juego en personas con diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica. Más probable que no, morirán de un acontecimiento cardiovascular antes de que alcancen la insuficiencia renal terminal, de modo que todo lo que es posible debe realizarse, incluida las estatinas de dosis completa. Desde luego, la base de nuestras terapias, la dosis más alta tolerada de ACE o ARB. Ahora sabemos que los inhibidores del SGLT2, así como también el finerenone, proporcionan una oportunidad de reducción de riesgos incrementales en este sentido, tanto para acontecimientos renales como cardíacos. De modo que creo, realmente, que ahora tenemos tres oportunidades para disminuir el índice de progresión hacia la enfermedad cardiorenal. De forma óptima, debemos poder utilizarlas en todos nuestros pacientes, para hacer todo lo que esté a nuestro alcance a fin de retrasar el proceso de la enfermedad.

Dr. Rossing:

¿Y podría quizá comentar de qué modo identificamos a aquellos pacientes que se beneficiarían de esta terapia?

Dr. Weir:

Creo que los principales problemas en los que debemos enfocarnos son, desde luego, el cambio de trayectoria de su función renal, así como los cambios en la albúmina urinaria o excreción de la proteína urinaria. Y, nuevamente, esto no debe ser una recolección de 24 horas. Una relación proteína-creatinina en orina, o una relación albúmina-creatinina en orina, puede ser sumamente valiosa y se puede supervisar al igual que la presión sanguínea y la función renal, para evaluar el impacto de nuestras iniciativas terapéuticas. Y así sigue la albúmina, y así sigue el paciente. Y esto fue una observación importante en muchos de los estudios clínicos.

Dr. Rossing:

Y creo que eso es un aprendizaje bueno e importante, que podamos identificar a las personas si examinamos la albuminuria y el GFR, que fue la parte más importante de los criterios de inclusión para estos ensayos.

Dr. Filippatos:

Si me permite, lo que dijo usted y también el Dr. Weir, es sumamente importante, y esto también se refiere a su primera pregunta sobre el abordaje multidisciplinario. Lo que es una práctica clínica rutinaria para usted, como nefrólogo y diabetólogo, no es una práctica clínica rutinaria para la mayoría de los cardiólogos. Lo que vimos en los ensayos FIGARO y FIDELIO, y lo que aprendimos, creo que algo que no conoce bien la mayoría de los cardiólogos es que tenemos un alto porcentaje de pacientes incluidos en este ensayo, más del 40 %, que tienen EGFR superior a 60. El 45 % de estos pacientes tienen antecedentes de enfermedad cardiovascular, de modo que los trata un cardiólogo, y la única prueba de la enfermedad renal crónica es la albuminuria y son pacientes de alto riesgo. A esta no la evalúan los cardiólogos de forma clínica y rutinaria en la mayoría de los lugares del mundo. Creo que es un mensaje muy importante que aprendimos de este ensayo, al menos lo que aprendí como cardiólogo.

Dr. Rossing:

Sí, creo que es un aprendizaje muy importante, que debemos analizar la albuminuria, y como dijo usted, si bien hemos estado hablando de eso en relación con el bloqueo del sistema renina-angiotensina en momentos previos, no se adoptó ampliamente y esto en realidad también lo deben implementar, como mencionó, los cardiólogos. Así que pienso que ese fue un aprendizaje muy importante. Quizá podríamos pasar a algunos de los aspectos destacados recientes que se presentaron en las sesiones científicas de 2021 de la Asociación Cardíaca Estadounidense (AHA). Y la gran pregunta para mí es ¿qué aprendimos del FIGARO y del FIDELIO-DKD? Así que, Gerasimos, ¿qué puede decirnos sobre los datos que se presentaron hace poco? ¿Y cuál sería la meta de estos estudios en el futuro?

Dr. Filippatos:

En la AHA, Peter, nos enfocamos en el efecto del finerenone en las respuestas de la insuficiencia cardíaca en el FIDELIO-DKD y también en las respuestas por los antecedentes de insuficiencia cardíaca en el punto de partida. Como sabe, los pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica con fracción de eyección reducida, hasta entonces, se excluyeron del ensayo, pero el 7,8 % de los pacientes tenían antecedentes de insuficiencia cardíaca en el punto de partida. Estos pacientes solo eran pacientes con fracción de eyección superior al 40 % y el objetivo de este análisis se presentó y publicó de forma simultánea en circulación para evaluar nueva insuficiencia renal inicial y respuestas de insuficiencia cardíaca para estos pacientes con antecedentes de insuficiencia cardíaca (o no) en el punto de partida. Lo que descubrimos fue que la incidencia de la nueva insuficiencia cardíaca inicial en pacientes sin antecedentes de insuficiencia cardíaca era significativamente inferior con el finerenone que con el placebo. Esto fue reducido por el finerenone en un 32 % y no hubo interacción entre aquellos con insuficiencia cardíaca o sin ella. Algo que creo que también es importante, que se presentó anteriormente, es que, tanto en el FIGARO como en el FIDELITY, que fue el análisis en conjunto de FIGARO y FIDELIO, los dos ensayos, donde vimos un efecto similar de las respuestas de insuficiencia cardíaca, el efecto fue al menos similar en aquellos a quienes se administraban inhibidores del SGLT2. Creo que esta es información clínicamente relevante, que se podría aplicar de inmediato y en la práctica clínica diaria.

Dr. Rossing:

Muchas gracias y, Dr. Weir, ¿podría comentar sobre los datos recientes y dónde ve al finerenone en el panorama del tratamiento en el futuro?

Dr. Weir:

Como mencionó el Dr. Filippatos, el 8 % de la población en el estudio FIGARO y cerca del 5 % en el estudio FIDELIO recibió inhibidores del SGLT2, y todos demostraron beneficios incrementales con el tratamiento con finerenone. Esa es la razón por la cual diría claramente que estas tres terapias, la base de ACE y ARB en la dosis más alta tolerada más el finerenone, más inhibidores del SGLT2, son un paso destacado en la mejora en los últimos 20 años, cuando antes solo teníamos ACE o ARB.

Y solo una opinión final de mi parte para dejarle es que las personas con enfermedad renal diabética suelen perder GFR en un índice de cinco ML por minuto por año. ACE de dosis completa o gotas de ARB a cuatro ML por minuto por año, que aún es muy rápido, y cuatro veces más rápido que el desgaste normal de la función renal. De modo que, usando inhibidores del SGLT2 y finerenone, podemos reducir eso incluso más, y de forma más significativa. Y como mencionó el Dr. Filippatos, también tienen incursiones importantes en reducir la probabilidad de insuficiencia cardíaca accidental y los efectos adversos.

Dr. Rossing:

Bien, gracias. Esta es una conversación fascinante y muy importante. Antes de terminar, quizá podría pedirles al Dr. Filippatos y a usted, Dr. Weir, que compartan un breve mensaje para cerrar. ¿Cuál mensaje podrían dejarle al público?

Dr. Filippatos:

La enfermedad renal crónica y la diabetes tipo 2: estos pacientes presentan alto riesgo. Incluso cuando vemos un EGFR superior a 60, estos pacientes con solo albuminuria presentan riesgo elevado de sufrir acontecimientos cardiovasculares. Cerca del 50 % de estos pacientes son tratados por un cardiólogo y un diabetólogo. Es un mensaje para los cardiólogos: verifiquen también la albuminuria donde vemos estos pacientes porque ahora puede responder a la pregunta "¿Entonces, qué?". Cuenta con terapias para estos pacientes.

Dr. Rossing:

Gracias. Y, Dr. Weir, ¿un último comentario?

Dr. Weir:

Diría simplemente que la identificación más temprana y la educación son críticas, y nosotros, como proveedores de atención médica, debemos hacer lo mejor que podamos para proporcionar estas terapias más nuevas a nuestros pacientes. Familiarícense con ellas, siéntanse cómodos y aplíquenlas en nuestros pacientes.

Dr. Rossing:

Creo que son comentarios muy buenos y creo que no tengo mucho más para añadir y ahora se acabó nuestro tiempo. Muchas gracias a nuestro público por escuchar, gracias a ambos, al Dr. Filippatos y al Dr. Weir, por sumarse a mí y por compartir todas sus perspectivas, conocimientos y experiencias de gran valor. Fue maravilloso conversar con ustedes hoy. ¡Adiós!

Dr. Filippatos:

Gracias por la invitación, Peter.

Dr. Weir:

Igualmente. Gracias.

Locutor:

Has estado escuchando CME en ReachMD. La actividad es proporcionada por Medtelligence.

Para recibir sus créditos CME gratis o para descargar esta actividad, vaya a [ReachMD.com/ Medtelligence](https://ReachMD.com/Medtelligence). Gracias por escuchar.