



**LA**   
**CONSULTA**

**CARDIORENALMETABÓLICA**

# DEBATE

**¿CÓMO CATEGORIZAMOS EL RIESGO CV EN LOS  
PACIENTES CON DM2?**

**¿QUÉ OBJETIVO DE LDL NOS DEBEMOS PLANTEAR  
EN PACIENTES CON DM2 COMO ELISA?**

*Pregunta leída por la moderadora*

# OBJETIVOS Y CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DM2<sup>1</sup>

## OBJETIVO DE C-LDL

**Riesgo CV muy alto** Pacientes con DM2 y EA clínicamente establecida o DOD grave o riesgo de ECV a 10 años  $\geq 20\%$  según SCORE2-Diabetes.

**Riesgo CV alto** Pacientes con DM2 que no cumplen los criterios para riesgo muy alto y riesgo de ECV a 10 años  $\geq 10\%$  y  $< 20\%$  según SCORE2-Diabetes.

**Riesgo CV moderado** Pacientes con DM2 que no cumplen los criterios para riesgo muy alto y riesgo de ECV a 10 años  $\geq 5\%$  y  $< 10\%$  según SCORE2-Diabetes.

**Riesgo CV bajo** Pacientes con DM2 que no cumplen los criterios para riesgo muy alto y riesgo de ECV a 10 años  $< 5\%$  según SCORE2-Diabetes.



**< 55 mg/dl** ( $< 1,4$  mmol/l) (Clase I; nivel A)



**< 70 mg/dl** ( $< 1,8$  mmol/l) (Clase I, nivel A)



**< 100 mg/dl** ( $< 2,6$  mmol/l) (Clase I, nivel A)

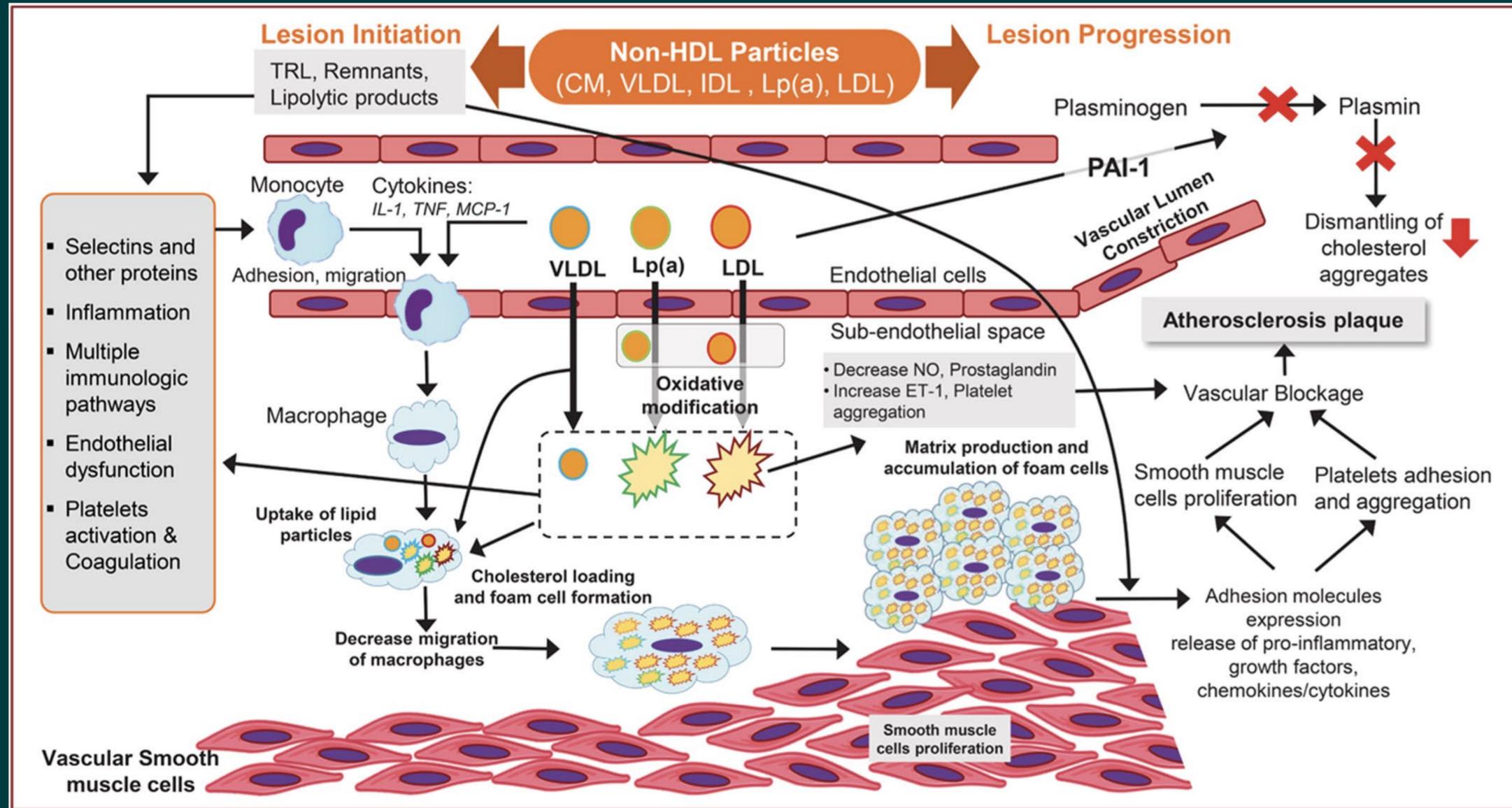
**CV:** cardiovascular; **DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **DOD:** daño de órgano diana; **EA:** enfermedad aterosclerótica; **ECV:** enfermedad cardiovascular; **TFGe:** Tasa filtración glomerular estimada.

El DOD grave se define como una TFGe  $< 45$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> independiente de la albuminuria o una TFGe 45-59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y microalbuminuria (CAC 30-300 mg/g; estadio A2) o proteinuria (CACu  $> 300$  mg/g; estadio A3) o presencia de microangiopatía en al menos tres localizaciones (p. ej., microalbuminuria [estadio A2] junto con retinopatía y neuropatía). Debido a la falta de evidencias, no se pueden dar recomendaciones claras para los pacientes con DM2 con bajo riesgo CV.

**c-LDL:** colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.

1. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2023;44(39):4043-140. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad192>

# MECANISMO PATOLÓGICO DEL COLESTEROL<sup>1</sup>



**Fig. 2.** Descripción de la patogénesis del colesterol no-HDL. Todas las lipoproteínas que forman parte del colesterol no-HDL contribuyen de forma independiente a los estadios de inicio y progresión, resultando en el crecimiento de las placas ateroscleróticas, oclusión arterial, rotura de placas y consecuente enfermedad cardiovascular.

**HDL:** lipoproteínas de alta densidad.

**1.** Raja V, Aguiar C, Alsayed N, Chibber YS, ElBadawi H, Ezhov M, *et al.* Non-HDL-cholesterol in dyslipidemia: Review of the state-of-the-art literature and outlook. *Atherosclerosis*. 2023;383. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2023.117312>.

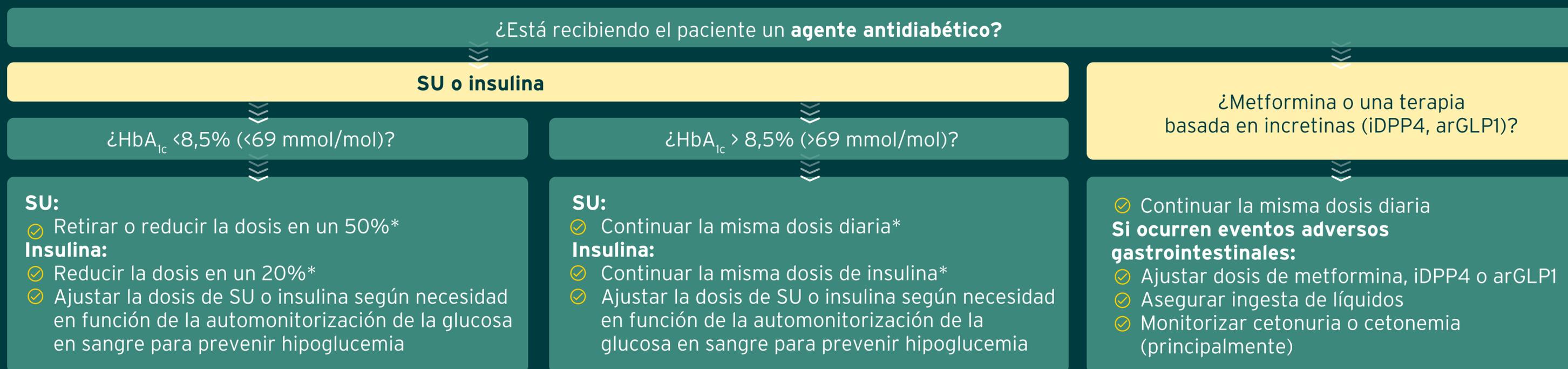
# ¿CÓMO DEBO REDUCIR DOSIS DE DIURÉTICOS U OTROS FÁRMACOS PARA DM2 AL AÑADIR EMPAGLIFLOZINA AL TRATAMIENTO?

*Pregunta leída por la moderadora*



# ¿QUÉ PRECAUCIONES ESPECIALES SE DEBEN TENER EN CUENTA A LA HORA DE PRESCRIBIR JARDIANCE®?

Algoritmo propuesto para el ajuste de los agentes antidiabéticos cuando se inician inhibidores de SGLT2 en pacientes con DM2.<sup>1</sup>



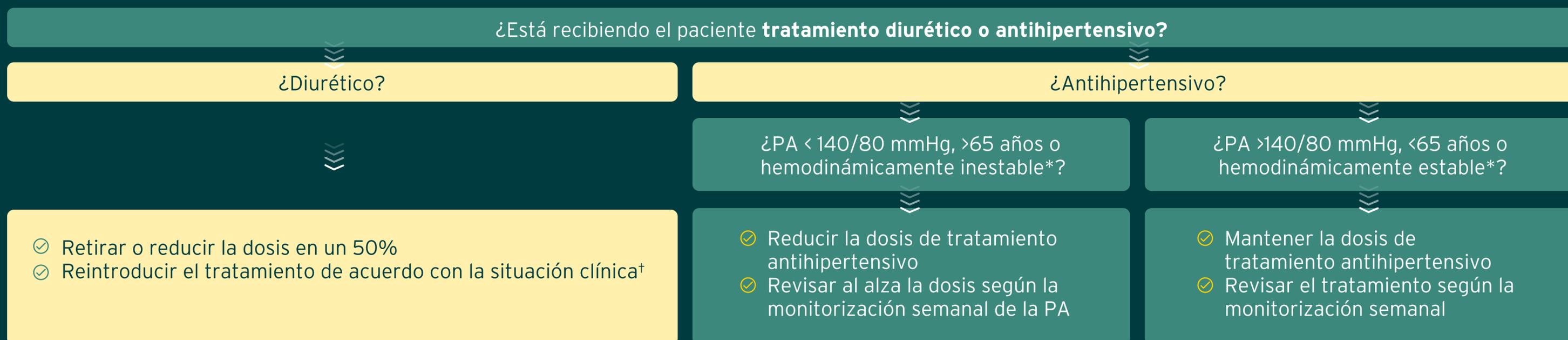
\*Evite la retirada de insulina para minimizar el riesgo de cetoacidosis diabética euglucémica.

**arGLP1:** agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; **DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **HbA1C:** hemoglobina glucosilada; **iDPP4:** inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4; **inhibidores SGLT2:** inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; **SU:** sulfonilureas.

1. Traducida de: Gomez-Peralta F, Abreu C, Lecube A, Bellido D, Soto A, Morales C, *et al.* Practical Approach to Initiating SGLT2 Inhibitors in Type 2 Diabetes. *Diabetes Ther.* 2017 Oct;8(5):953-962. doi: 10.1007/s13300-017-0277-0. Epub 2017 Jul 18. Erratum in: *Diabetes Ther.* 2017 Aug 23; PMID: 28721687; PMCID: PMC5630545.

# ¿QUÉ PRECAUCIONES ESPECIALES SE DEBEN TENER EN CUENTA A LA HORA DE PRESCRIBIR JARDIANCE®?

Algoritmo propuesto para el ajuste de la terapia diurética/antihipertensiva cuando se inician los inhibidores de SGLT2 en pacientes con DM2.<sup>1</sup>



\*Inestabilidad hemodinámica definida como fibrilación auricular, hipotensión ortostática o variabilidad de la presión arterial, síncope previo, etc.

<sup>†</sup>Situación clínica definida por insuficiencia cardíaca congestiva, edema, función renal.

**DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **inhibidores SGLT2:** inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; **PA:** presión arterial.

1. Traducida de: Gomez-Peralta F, Abreu C, Lecube A, Bellido D, Soto A, Morales C, *et al.* Practical Approach to Initiating SGLT2 Inhibitors in Type 2 Diabetes. *Diabetes Ther.* 2017 Oct;8(5):953-962. doi: 10.1007/s13300-017-0277-0. Epub 2017 Jul 18. Erratum in: *Diabetes Ther.* 2017 Aug 23; PMID: 28721687; PMCID: PMC5630545.

**¿PUEDE LA GLUCOSURIA CAUSAR DAÑO RENAL?**  
**¿A QUÉ SE DEBE LA CAÍDA INICIAL DE TFGe QUE SE HA OBSERVADO CON LOS iSGLT2?**

*Pregunta leída por la moderadora*



# JARDIANCE® ENLENTECE EL DETERIORO DE LA TFGe EN PACIENTES CON ERC<sup>1</sup>

La **tasa de descenso de la TFGe** fue **más lenta** en el grupo de **empagliflozina**, independientemente de la presencia de **DM** y en todo el espectro del **CAC y TFGe**<sup>1-3</sup>

**Empagliflozina enlentece la progresión de la enfermedad renal<sup>1</sup>**

- ✓ Menor probabilidad de necesitar diálisis<sup>4</sup>
- ✓ Menor probabilidad de necesitar trasplante renal<sup>4</sup>
- ✓ Menos hospitalizaciones<sup>1</sup>
- ✓ Mejoría de la vida de millones de pacientes<sup>1,4</sup>

**Cambio de la TFGe: evolución de la función renal**

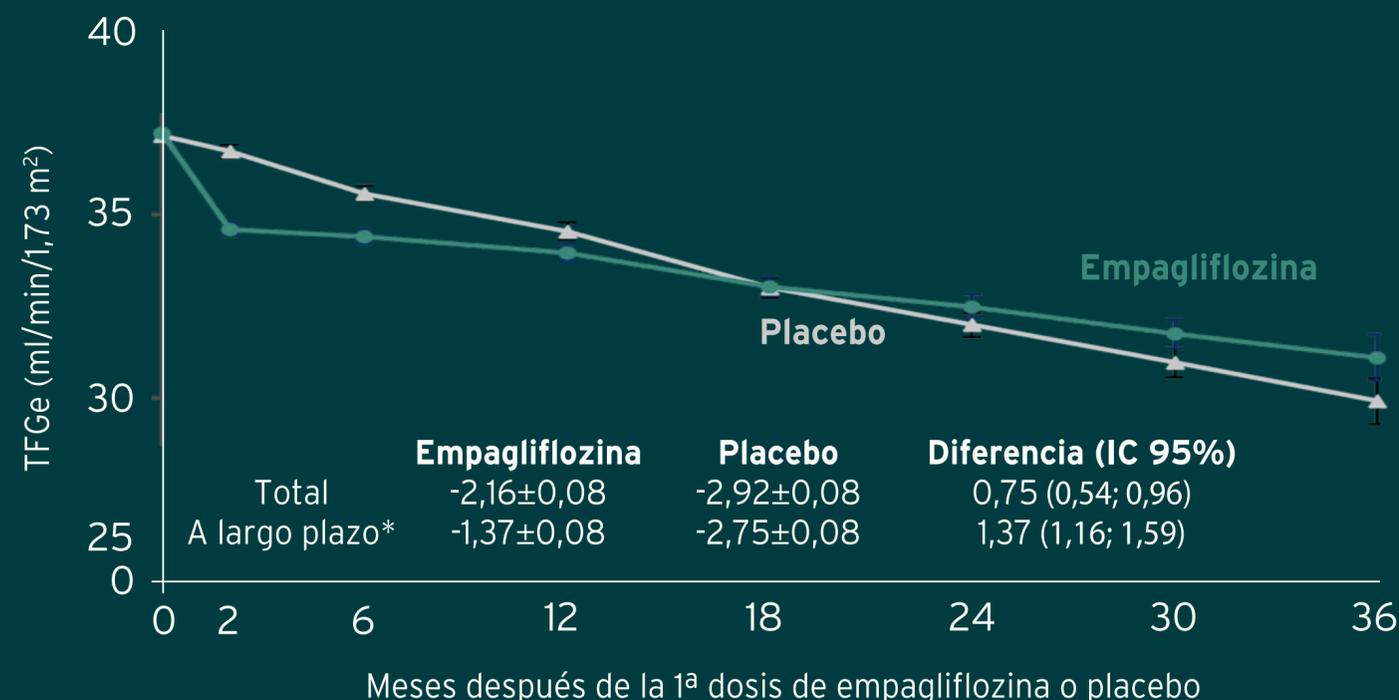


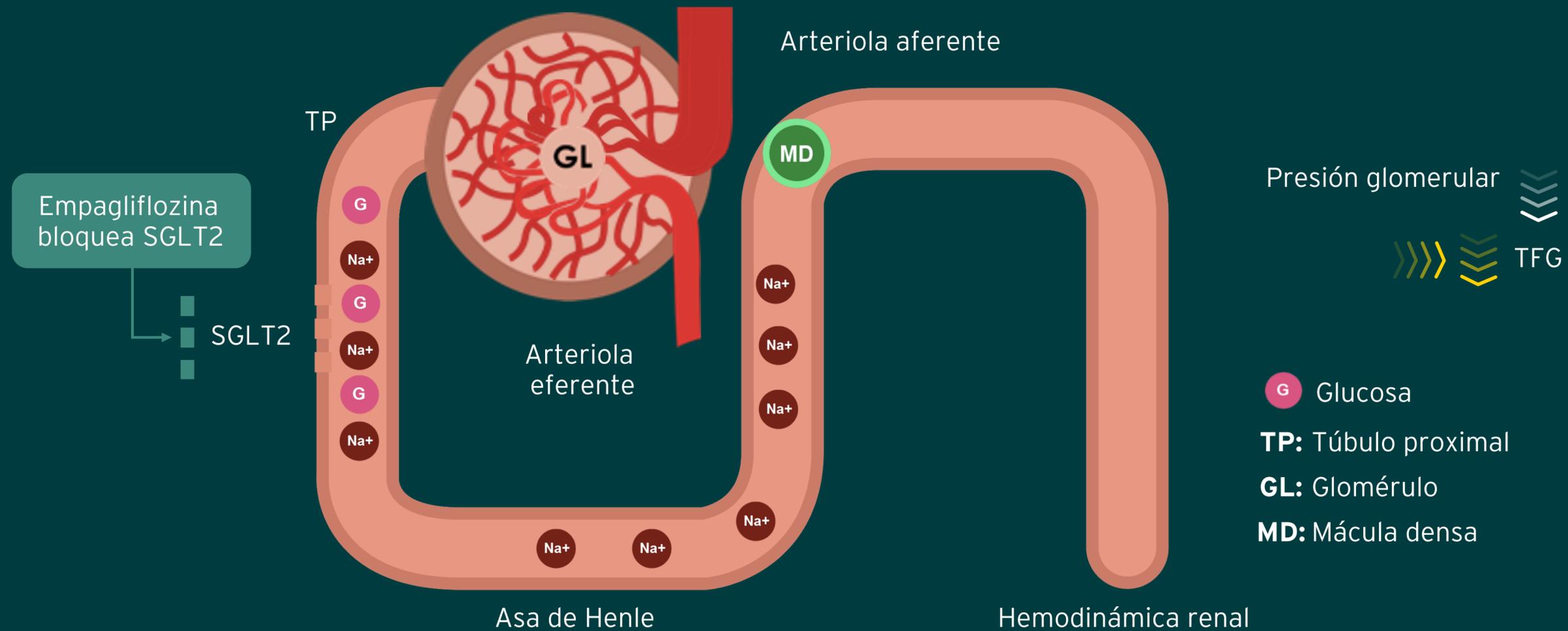
Gráfico adaptado de Herrington WG, et al.<sup>1</sup>

\*Los valores mostrados como "Total" representan los cambios medios (±DE) desde la aleatorización hasta la última visita de seguimiento. Los valores mostrados como "A largo plazo" representan los cambios medios (±DE) desde 2 meses después de la primera dosis de empagliflozina o placebo hasta la última visita de seguimiento.

**CAC:** cociente albumina creatinina en orina; **DM:** diabetes mellitus; **ERC:** enfermedad renal crónica; **TFGe:** tasa de filtrado glomerular estimada.

**1.** Herrington WG, et al. N Engl J Med. 2023;388(2):117-127; **2.** Suplemento: Herrington WG, et al. N Engl J Med. 2023;388(2):117-127; **3.** EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Lancet Diabetes Endocrinol. 2024;12(1):39-50; **4.** Fernández-Fernández B, et al. Clin Kidney J. 2023;16(8):1187-1198.

# LOS **iSGLT2** REDUCEN LA PRESIÓN INTRAGLOMERULAR<sup>1</sup>



**iSGLT2:** inhibidor del cotransportador de sodio glucosa; **TFG:** Tasa de filtración glomerular.  
1. Adaptado de: Cherney D *et al.* Circulation 2014;129:587

**HAZ CLIC EN EL LOGO O ESCANEA EL QR PARA  
ACCEDER A LA FICHA TÉCNICA DE JARDIANCE®**



**Jardiance®**  
(empagliflozina)



**PRESENTACIONES Y PRECIO:** Jardiance 10 mg, envase de 30 comprimidos recubiertos con película: PVP+IVA: 49,31 €. Jardiance 25 mg, envase de 30 comprimidos recubiertos con película: PVP+IVA: 51,52 €.

**CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Medicamento sujeto a prescripción médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida.