

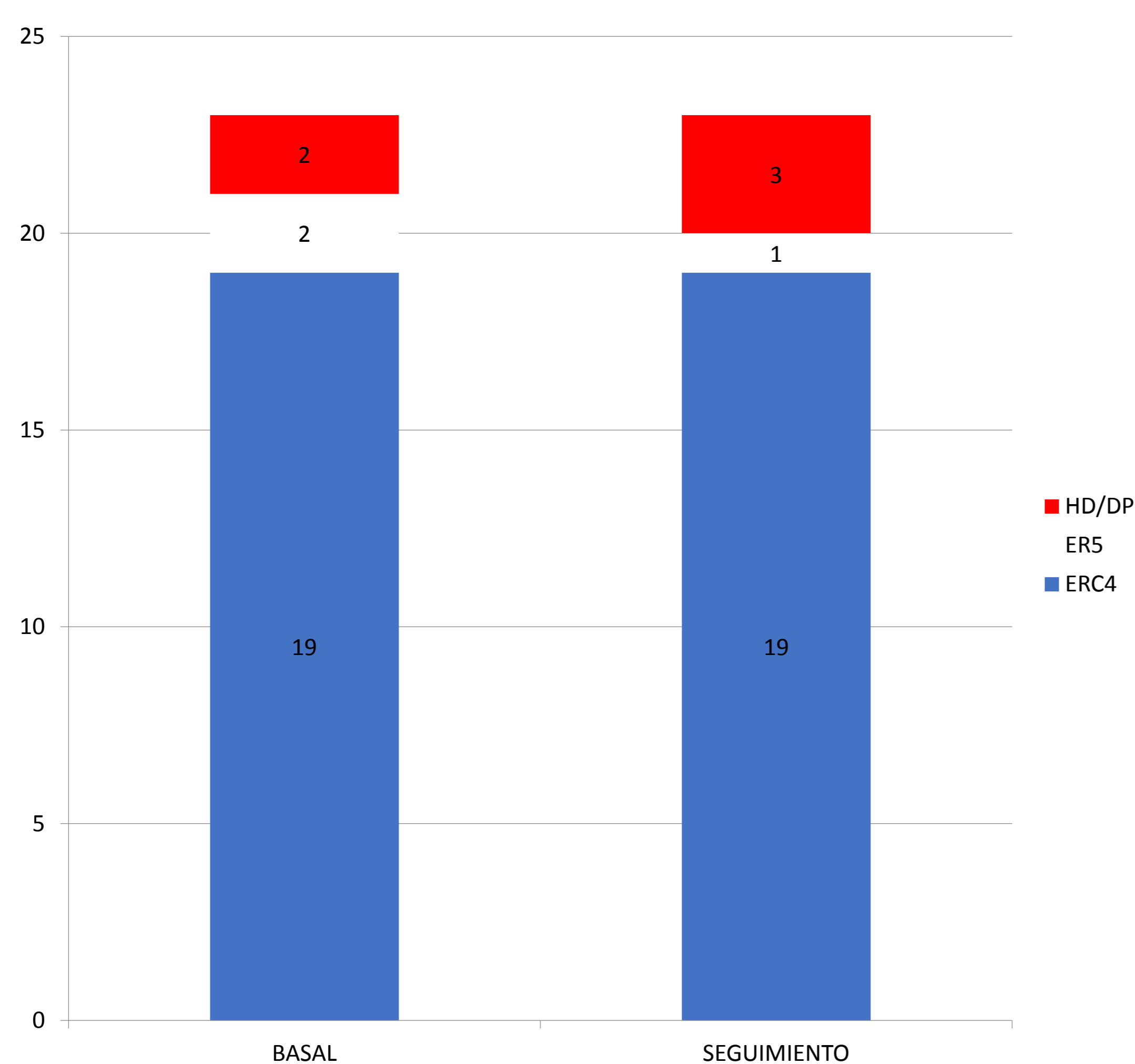
¿ EXISTE ALGÚN BENEFICIO EN EL INICIO DE i-SGLT2 MÁS ALLÁ DEL FGe de 25 ml/mn EN ERC RELACIONADA CON DM2 ?

A.Carreño Parrilla, G.Ferrer García, G. García Conejo, R.Cox Conforme, L.G.Piccone Saponara, A.Romera Segorbe, S.Anaya Fernández, J.Nieto Iglesias, E.Olazo Gutierrez, C.Vozmediano Poyatos. Sección de Nefrología. HGUCR (Ciudad Real), SESCAM.

Introducción: DAPA-CKD* ha demostrado que los i-SGLT2(exclusivamente dapagliflozina por el momento), tienen un efecto nefroprotector adicional a los iSRAA e independiente de su papel como antidiabéticos. La indicación ha cambiado, de no estar indicados con FG menores de 60ml/min cuando se comercializó el fármaco (2014), a estarlo hasta FGe por encima de 25ml/min(2021), con la evidencia de una reducción de mortalidad y de un retraso de la progresión de la ERC hasta ese filtrado. Desconocemos si el beneficio persiste con FGe menores a 25 ml/min.

Pacientes y Método: De los pacientes de consulta de ERCA, seleccionamos aquellos que han iniciado dapagliflozina a dosis de 10mg/24 hs con Fge < 25 ml/min. Por tratarse de un off-label use, se ha informado y firmado CI. De Mayo/2021-Abril/2022 se han identificado 23 pacientes (p). Recogemos variables demográficas y clínicas, datos de eficacia y seguridad para responder a la pregunta ¿hay beneficio cuando se inicia, para FG < 25 ml/min?

Resultados: Características demográficas: Hombres: 69,6%(16/23), edad media:65,13 años,SD:11,8. Causa de la ERC relacionada con DM2 en >65%(15/23), más del 90%: diabéticos(21/23). Obesidad mórbida: 26%(6/23). Arterioesclerosis clínica: 1 de cada 5 pacientes. Sobre el tratamiento:1 de cada 2p antiagregado. Bloqueo del SRAA(82%), relacionado con lo anterior, 1 de cada 2 pacientes seguían tratamiento con quelantes de K(47,8%). De los diabéticos,14/21(66,9%) eran insulindependientes. Además de otros tratamientos usados:iDPP4, un 39%(9/23), repaglinida un 26%(6/23) y a-GLP1 (semaglutida) un 17% (4/23). Al inicio, 4 p Estadio ERC5, 2 de ellos en programa de Diálisis Peritoneal. Durante el seguimiento solo dos episodios de ITU resueltas sin complicaciones. La tolerancia ha sido general, sin suspensión del fármaco en ningún p. El deterioro inicial que se ha observado no ha obligado a retirar el tratamiento, durante el seguimiento la función renal ha permanecido estable. Al final del seguimiento 1 paciente ha precisado tratamiento sustitutivo renal mediante HD. Mediante T-test hemos observado cambios en la función renal: Cr inicio:2,9mg/dl,SD;0,6, vs Cr final:3,1mg/dl,SD:0,7 (p=0,03). FG inicio:20,6ml/min,SD:6 vs FG final:18,9ml/min,SD:5,6 (p=0,016). Albuminuria: inicio:1824 mg,SD:2974 vs final:1369,SD:2573(p=0,02) y peso: inicio: 94Kg,SD:15 vs final: 90Kg, SD:16(p=0,05). Descenso de potasio y dela PAD no significativas. Se analizan los mismos parámetros al separar los pacientes con FGe por encima y por debajo de 20 ml/min(tablas).



Características basales	Global(n=23)	FGe > ó ≤ 20 (n=10/n=13)
Edad(años cumplidos)	65,1, SD: 11,7	ns
Sexo (H:M)	16:7	ns
FRCV (>3),DM2(%)	91%, 92%	ns
ECV(%)	22%	ns
Cr basal(mg/dl)	3,1, SD: 0,79	P=0,017
FGe(ml/min/1,73m2sc)	20,4, SD: 6,2	p=0,000
EAO	1824, SD: 2974	ns
Obesidad gº III	6/23(26,1%)	p=0,019(0/6)

Evolución (global/FGe ≤20ml/min)	Basal(GLOBAL)	Final seguimiento (GLOBAL)	Basal(FG≤20)	Final (FG≤20)
Cr (mg/dl)	2,97	3,19m *p=0,039	3,24	3,44 ns
FGe (ml/min/1,73 m2sc)	20,6	18,9 *p=0,016	17,02	16,3 ns
EAO (mg/g)	1824	1369 *p=0,027	2640	2028 ns(p=007)
PAS/PAD(mmHg)	137/77	126/67 ns	148/85	130/75,6 ns
Peso(Kg)	94	90 *p=0,05	98,3	92 ns
A1c / K (% / mg/dl)	7,3 / 4,75	7,36 / 4,57 ns	6,8 /4,7	6,7 / 4,3 ns /ns(p=0,06)

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia comprobamos que iniciar dapagliflozina en pacientes con FG <25 ml/min es seguro y se reproducen los efectos observados para FG >25 ml/min con un descenso de albuminuria y un ligero deterioro inicial de la función renal que se mantiene estable en el tiempo de seguimiento, sin cambios en el control glucémico. Será necesario confirmar estos resultados en estudios multicéntricos observacionales o bajo condiciones de ECC .

N Engl J Med. 2020 Oct 8;383(15):1436-1446. doi: 10.1056/NEJMoa2024816. Epub 2020 Sep 24.