

XIV

CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



ABORDAJE MULTIFACTORIAL DEL PACIENTE CRM

GRUPO DE DIABETES semFyC

Domingo Orozco-Beltrán

Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández de Elche

CS Cabo Huertas Alicante;



Grupo de Diabetes semFyC: Cuestiones a plantear

Riesgo

¿Estamos haciendo una estratificación adecuada del **riesgo cardiovascular y renal** en pacientes con **diabetes** tipo 2?

IMC

¿Habitualmente **utilizamos el IMC**.
¿Lo hacemos bien?

Tratamiento DM2

Tratamiento de la DM ¿**Por dónde empiezo?** (Metformina, iSGLT2, ARGLP1).

Categorías de riesgo vascular (SCORE2)

Riesgo muy alto

- **Enfermedad vascular documentada**, ya sea clínicamente o a través de imágenes, incluyendo infarto de miocardio, síndrome coronario agudo, revascularización coronaria o de otras arterias, ictus y accidente vascular transitorio, y enfermedad vascular periférica, aneurisma de aorta, así como la presencia de placas en la arteriografía coronaria o en la ecografía carotídea. No incluiría aumento del grosor de la íntima media carotídea

- **Pacientes con DM con enfermedad vascular o con lesión severa de órgano diana** la presencia de filtrado glomerular estimado (FGe) $< 45 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ o FGe 45-59 mL/min/1,73 m^2 e índice albúmina/creatinina (IAC) 30-300 mg/g o IAC $> 300 \text{ mg/g}$; de igual manera la presencia de complicaciones microvasculares en tres sitios diferentes (MA, retinopatía, neuropatía), confiriendo una situación de muy alto RV (afectación órgano diana grave)

- **Enfermedad renal crónica (ERC) grave**, FGe $< 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ o FGe 30-44 mL/min/1,73 m^2 e índice albúmina/creatinina (IAC) $> 30 \text{ mg/g}$ o FGe 45-59 mL/min/1,73 m^2 e IAC $> 300 \text{ mg/g}$ (Fig. 4)

- **Puntuación SCORE2** $\geq 7,5\%$ (< 50 años), $\geq 10\%$ (50-69 años), $\geq 15\%$ (≥ 70 años).

- **Enfermedad Renal Crónica (ERC) moderada**, FGe 30-44 mL/min/1,73 m^2 e IAC $< 30 \text{ mg/g}$ o FGe 45-59 mL/min/1,73 m^2 e IAC 30-300 mg/g o FGe $> 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ e IAC $> 300 \text{ mg/g}$.

- **Valores muy elevados de colesterol** ($> 8 \text{ mmol/L}$ (310 mg/dL), o de PA $> 180/110 \text{ mmHg}$

- **Pacientes con DM sin enfermedad vascular ni afectación de órganos diana** que no cumplan criterios de riesgo moderado.

- Pacientes con **hipercolesterolemia familiar**

- **Puntuación SCORE2** 2.5 - $< 7,5\%$ (< 50 años), 5 - $< 10\%$ (50-69 años), 7,5 - $< 15\%$ (70 años).

- **Pacientes con DM bien controlados de menos de 10 años de evolución**, sin afectación de órganos diana ni la presencia de otros factores de riesgo.

- **Puntuación SCORE2** $< 2,5\%$ (< 50 años), $< 5\%$ (50-69 años), $< 7,5\%$ (70 años).

SCORE2 Eur Heart J. 2021;42:2439-4.

Riesgo alto

Riesgo de bajo a moderado





Evaluación



SINDROME CARDIO RENAL METABOLICO (CRM): Definición

- Es un trastorno derivado de la interacción entre la obesidad, la diabetes, la enfermedad renal crónica y la enfermedad cardiovascular (ECV)¹.
- Es un concepto destinado a **facilitar el proceso de atención integral y multidisciplinar** (9).
- La prevalencia es elevada, con un 13% de los adultos en estadios avanzados (esto es, estadios 3 y 4 de la American Heart Association) (2), y posiblemente la prevalencia vaya en aumento (3).



Cardiovascular

Condiciones subclínicas o eventos CV clínicos relacionados con **ECV aterosclerótica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular.**



Renal

FGe <60 mL/min/1,73 m² o Índice albúmina/creatinina >30 mg/g mantenida al menos 3 meses.



Metabólico

Sobrepeso/obesidad, obesidad abdominal y/o tejido adiposo disfuncional con o sin otros factores de riesgo metabólico.

ECV = enfermedad cardiovascular; CRM = cardiovascular-renal-metabólico; FGe = filtrado glomerular estimado; HCE = historia clínica electrónica; FIB-4 = Índice de fibrosis-4; IC = insuficiencia cardíaca

1. Ndumele et al. Circulation. 2023;148:1606-1635. 2. Kim et al. Am J Med. 2025. doi: 10.1016/j.amjmed.2025.01.031. 3. Ji et al. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2025;45:157-161.



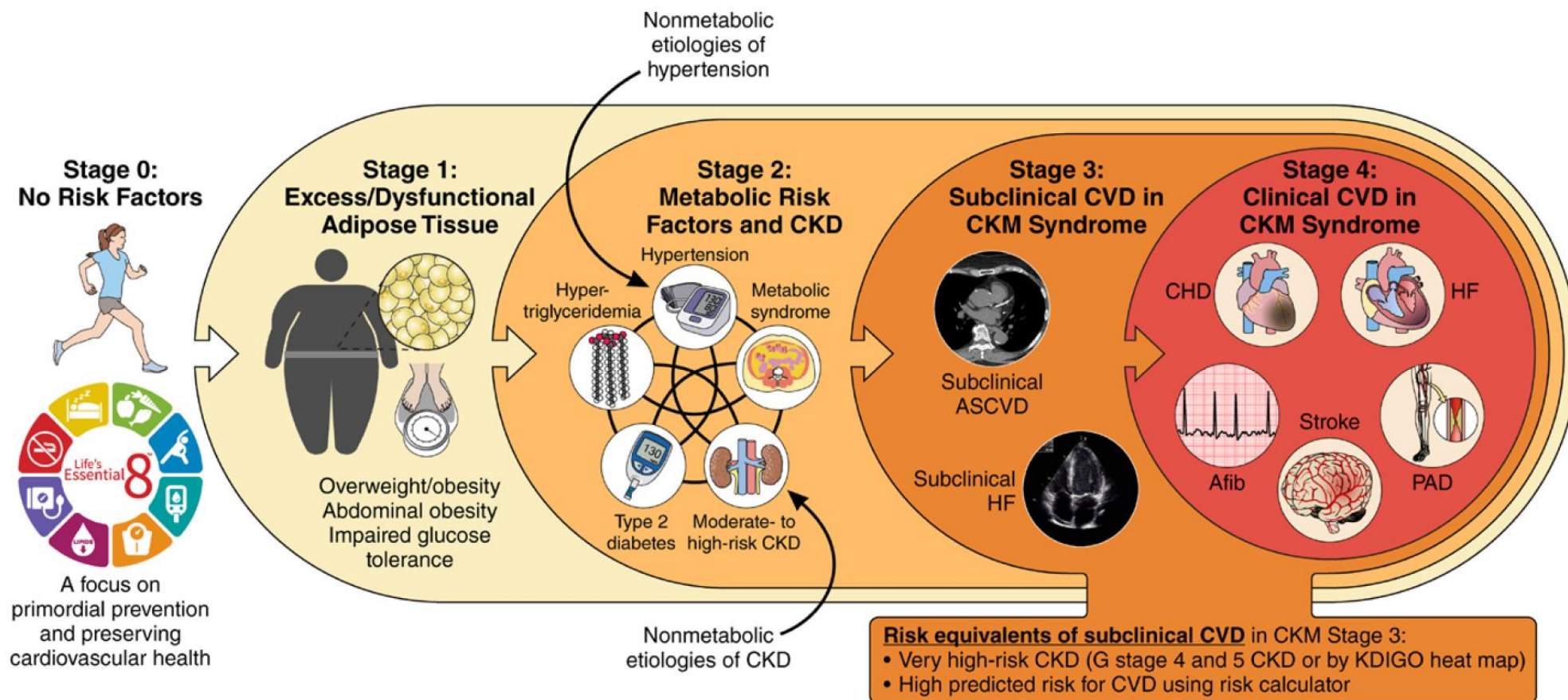
SINDROME CARDIO RENAL METABOLICO (CRM): Estadíos

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



1. Ndumele CE, et al. A synopsis of the evidence for the science and clinical management of cardiovascular-kidney- metabolic (CKM) syndrome: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2023;148:1636–64.



Tratamiento

Conclusiones sobre síndrome CRM

Resultados del estudio Delphi con 70 expertos



Recomendaciones generales

- La **estadificación del síndrome CRM** debe definir:
 - la periodicidad del seguimiento.
 - los objetivos de control.
 - las intervenciones a realizar.
- La **prevención primordial** es esencial:
 - para mantener la salud CRM en individuos sin factores de riesgo.
 - para evitar la aparición de otros factores de riesgo en pacientes con al menos un factor de riesgo asociado al síndrome CRM.
- Se debe adoptar un **enfoque integral e intensivo**.



Modalidades de tratamiento

- Las **intervenciones sobre el estilo de vida** deben implementarse en fases precoces, destacando la importancia de la **pérdida de peso intensiva** en cualquier fase.
- Se debe reforzar el **uso de fármacos con efectos beneficiosos** sobre el síndrome CRM desde fases iniciales hasta avanzadas.
- Los pacientes con eventos cardiovasculares deben incluirse en **programas completos de rehabilitación cardíaca**.
- Debe implementarse la **telemonitorización**.
- Los **sistemas informáticos** deben alertar sobre las medidas a aplicar.

*Entre paréntesis se presenta la mediana de acuerdo en la escala Likert de 9 puntos; CRM = cardiovascular-renal-metabólico



LIMITACIONES DEL IMC

- La obesidad se evalúa habitualmente utilizando el índice de masa corporal (IMC), una medida fácil de calcular: $\text{Peso} / (\text{Talla})^2$
- Sin embargo, el IMC tiene limitaciones notables;
 - No diferencia entre masa grasa y masa magra
 - No tiene en cuenta la distribución de la grasa, lo que puede dar lugar a una evaluación inexacta del riesgo en personas con composiciones corporales variables.
 - Por ejemplo, una mujer de complexión delgada con un exceso significativo de grasa puede aparecer como un falso negativo, y un hombre musculoso como un falso positivo.

Nevill AM, et al. Relationship between adiposity and body size reveals limitations of BMI. Am J Phys Anthropol. 2006 Jan;129(1):151-6.



Índice de Redondez Corporal (IRC) Body Roundness Index (BRI)

- Por el contrario, el **Índice de Redondez Corporal (IRC)** ha ganado atención como una nueva medida antropométrica que incorpora la circunferencia de la cintura y la altura para evaluar la forma del cuerpo y la distribución de la grasa, en particular la adiposidad central.
- El IR está fuertemente correlacionado con la adiposidad visceral, que puede contribuir al desarrollo del cáncer a través de diversos mecanismos biológicos.

Pliegues cutáneos

- Los hallazgos sugieren que se obtendrá una evaluación más válida (menos sesgada) de la grasa corporal utilizando antropometría superficial, como los pliegues cutáneos tomados por profesionales experimentados siguiendo procedimientos establecidos.

Shen X, et al. Combination of triglyceride-glucose index and waist-to-height ratio as a predictor of all-cause and cardiovascular mortality in adults with diabetes or prediabetes: a nationwide prospective cohort study. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2025 Oct 31;15(5):937-954.

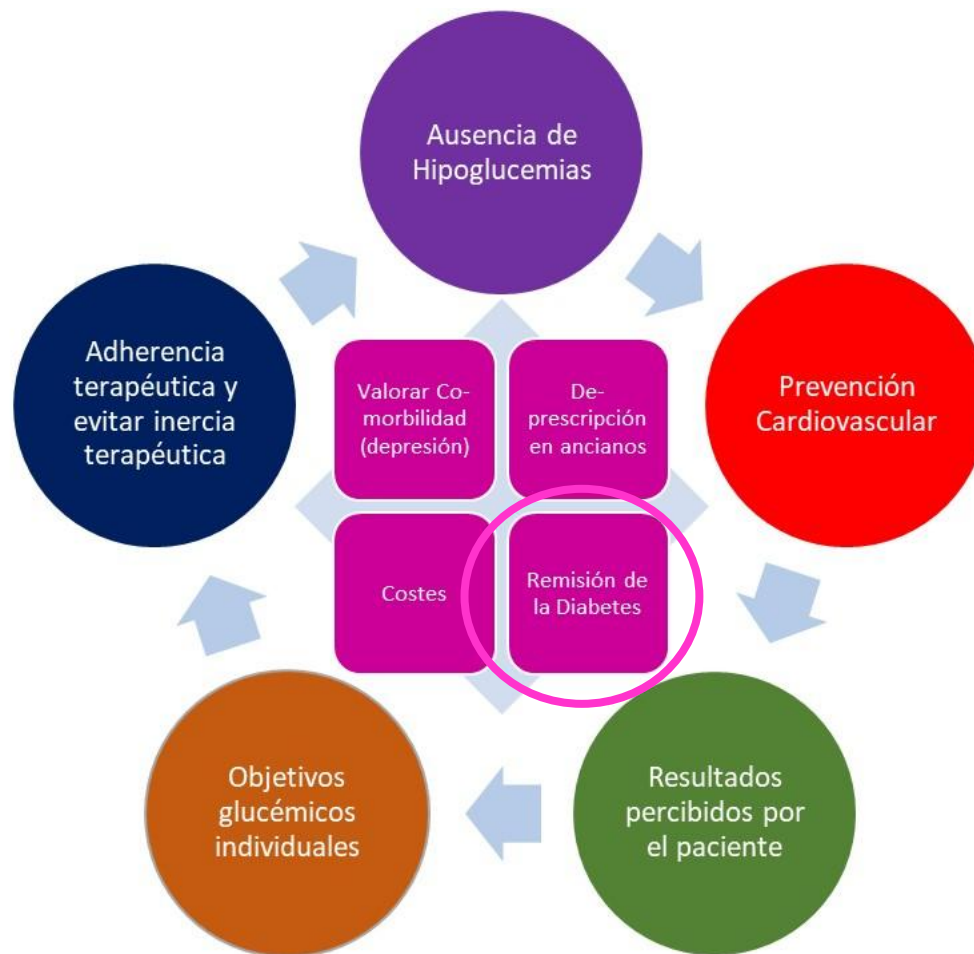
Nevill AM, et al. Relationship between adiposity and body size reveals limitations of BMI. *Am J Phys Anthropol*. 2006 Jan;129(1):151-6.

Índice cintura altura

- El **índice de cintura-altura (ICA)**, es una medida antropométrica utilizada para evaluar la **distribución de grasa corporal** y predecir el **riesgo cardiovascular global**. Este índice se correlaciona con la obesidad abdominal y los riesgos de salud asociados con ella. Es aplicable tanto en niños como en adultos, proporcionando una perspectiva integral de la salud.
- $ICA = \text{Perímetro cintura (cm)} / \text{Altura (cm)}$
- **Valores superiores a 0.5** se asocian con elevadas concentraciones de **triglicéridos, colesterol y glucosa en sangre**, así como con **hipertensión arterial**. Esto sugiere un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y otras afecciones metabólicas.

Tratamiento de la DM2 : ¿Por donde empiezo?

**Principios generales
a valorar en la decisión
terapéutica**



Álvarez-Guisasola F, Orozco-Beltrán D, et al. Aten Primaria. 2019 Aug-Sep;51(7):442-451





Definición de la Remisión de la Diabetes tipo 2

- **HbA1c < 6,5 % durante al menos 3 meses** después de suspender toda medicación hipoglucemiante.
- Si HbA1c no es fiable (anemias, hemoglobinopatías, transfusiones):
 - Puede usarse **glucemia en ayunas < 126 mg/dL** o
 - **Indicador de manejo glucémico < 6,5 %** obtenido por monitorización continua de glucosa (CGM).
- Se considera que **una medición aislada no es suficiente**; debe confirmarse en controles sucesivos.

Riddle MC, Cefalu WT, Evans PH, et al, Twenefour D. Consensus Report: Definition and Interpretation of Remission in Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2021 Aug 30;44(10):2438–44.



Paciente idóneo para actuar buscando la remisión

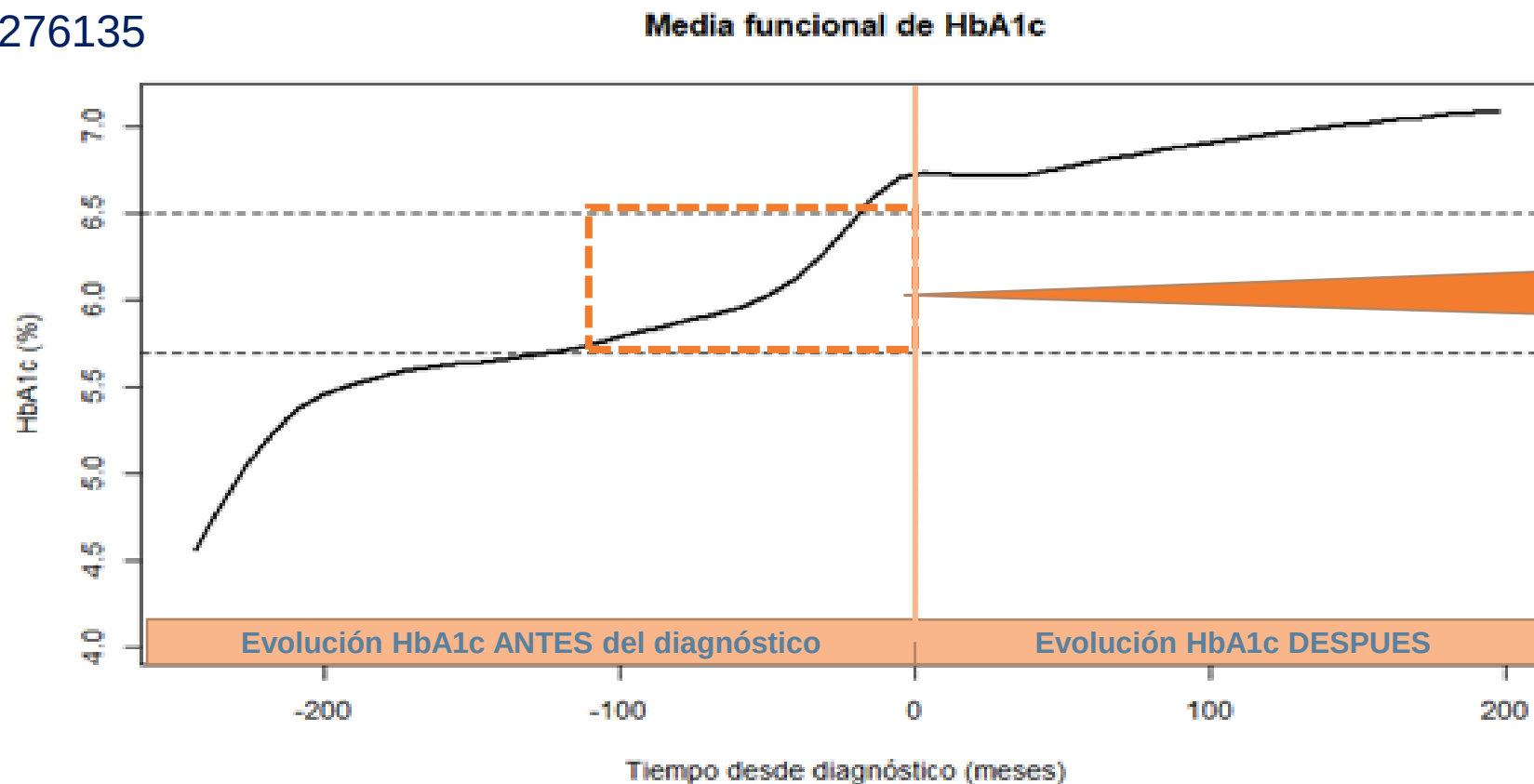
- Pacientes con menor duración de DM2 (menos de 5-6 años).
- Tratados con dos fármacos antihiper glucémicos orales, o en monoterapia.
- Con HbA1c < 8 % al inicio de la intervención.
- Sin tratamiento insulínico.
- IMC ≥ 27 kg/m².
- Sin enfermedad cardiovascular, renal o insuficiencia cardíaca avanzadas.
- Buena motivación.

Ruiz Quintero M, Orozco-Beltran D. Noviembre 2025.



Evolución de la HbA1c y momento del diagnóstico de DM2

n=276135



Ventana de
tratamiento
precoz

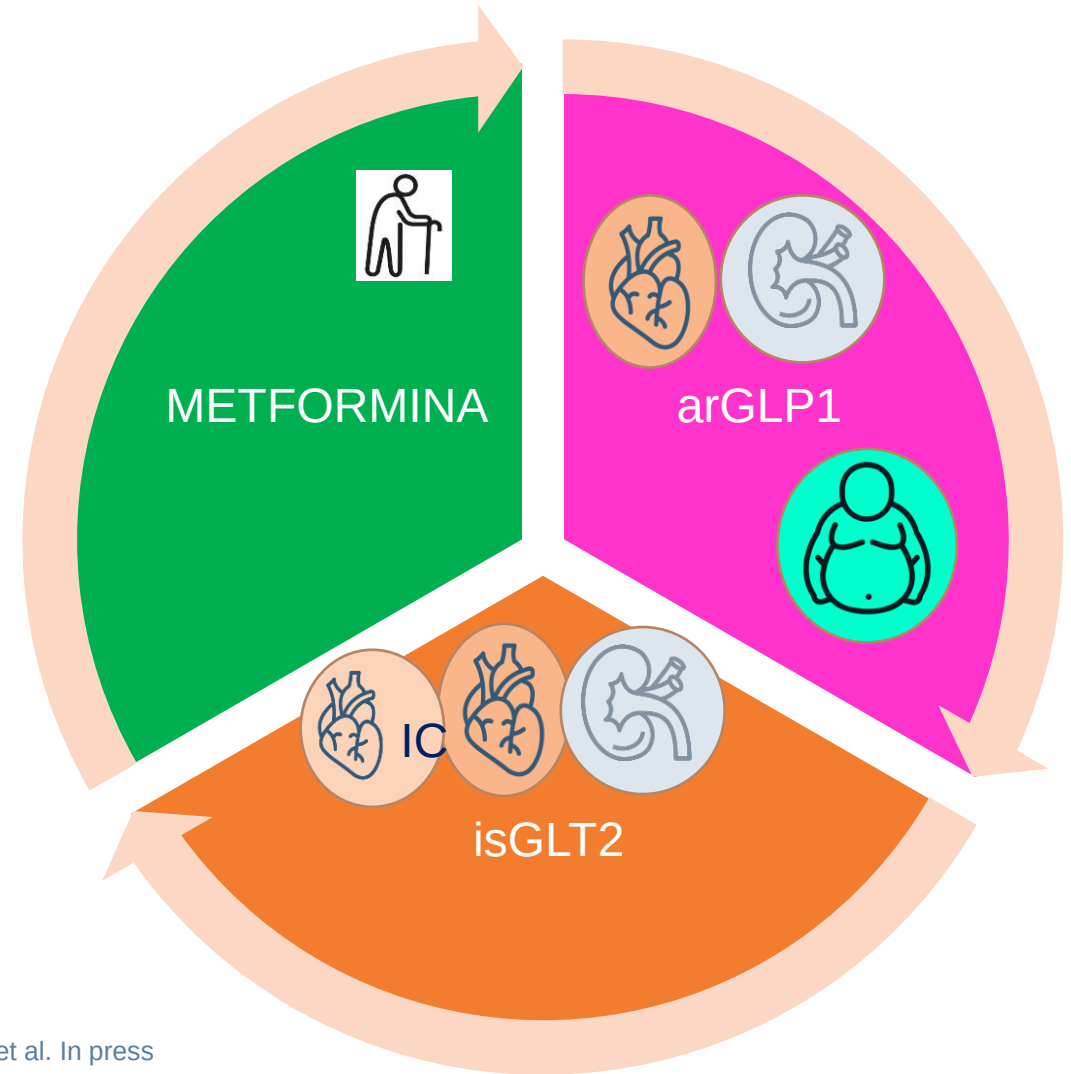
Quesada JA, Orozco-Beltran D. Noviembre 2025. Estudio de cohortes de la diabetes de nuevo diagnóstico en España. Base de datos BIFAP. Ministerio de Sanidad. Datos pendientes de publicación. NO FOTOGRAFIAR POR FAVOR.



Opciones FARMACOLOGICAS PREFERENTES

Tratamiento DM2

Tratamiento de la DM ¿**Por dónde empiezo?** (Metformina, iSGLT2, ARGLP1).



Orozco-Beltrán D, et al. In press

XIV

**CONGRESO DE
LA SEMFYC**

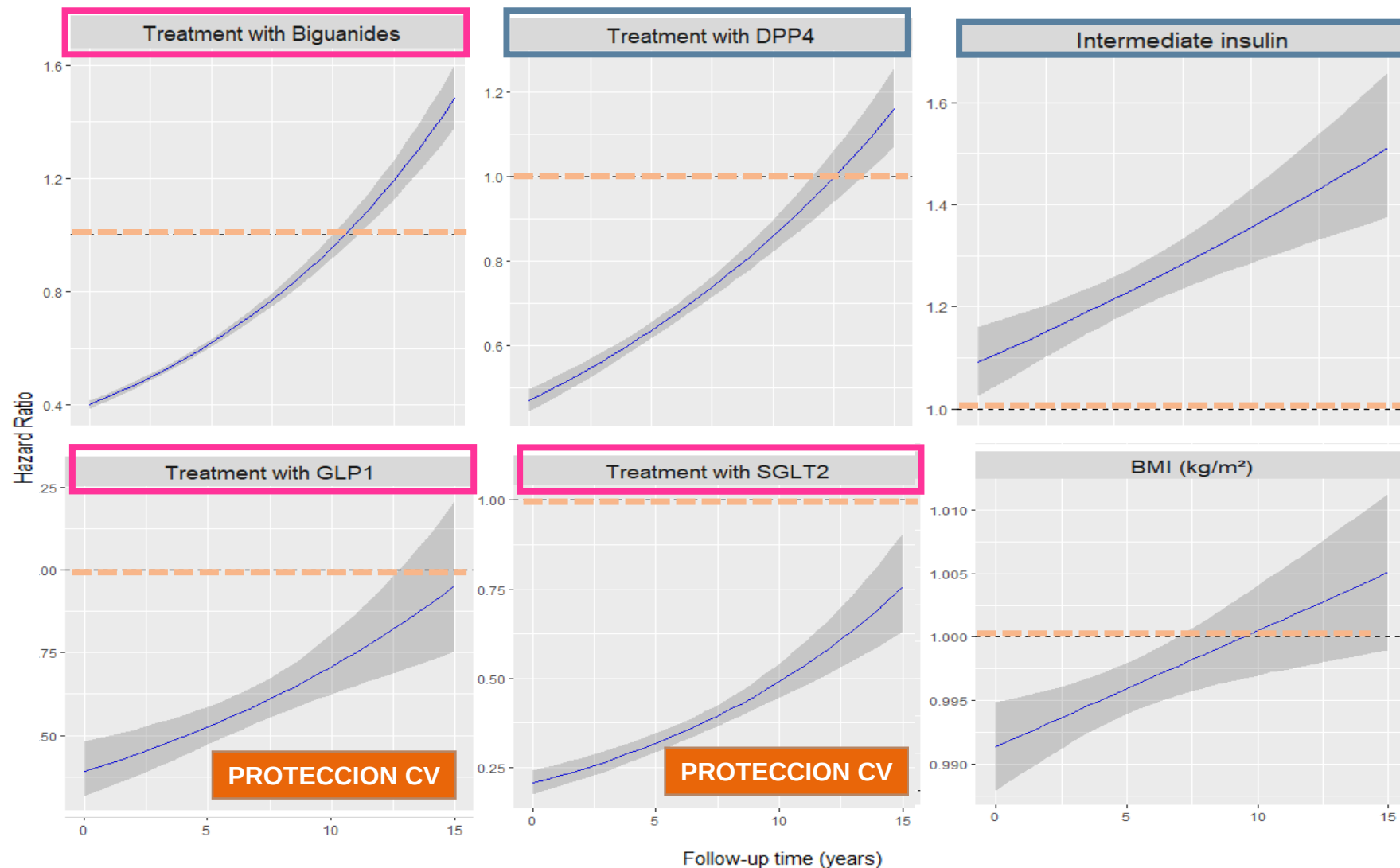
MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Tratamiento de la DM e Incidencia de Evento Cardiovascular

(15 años de seguimiento)



Quesada JA, Orozco-Beltran D. Noviembre 2025. Estudio de cohortes de la diabetes de nuevo diagnóstico en España. Base de datos BIFAP. Ministerio de Sanidad. Datos pendientes de publicación. NO FOTOGRAFIAR

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCION

- DOMINGO OROZCO BELTRAN
- dorozco@umh.es



ADA-EASD Position Statement: Management of Hyperglycemia in T2DM

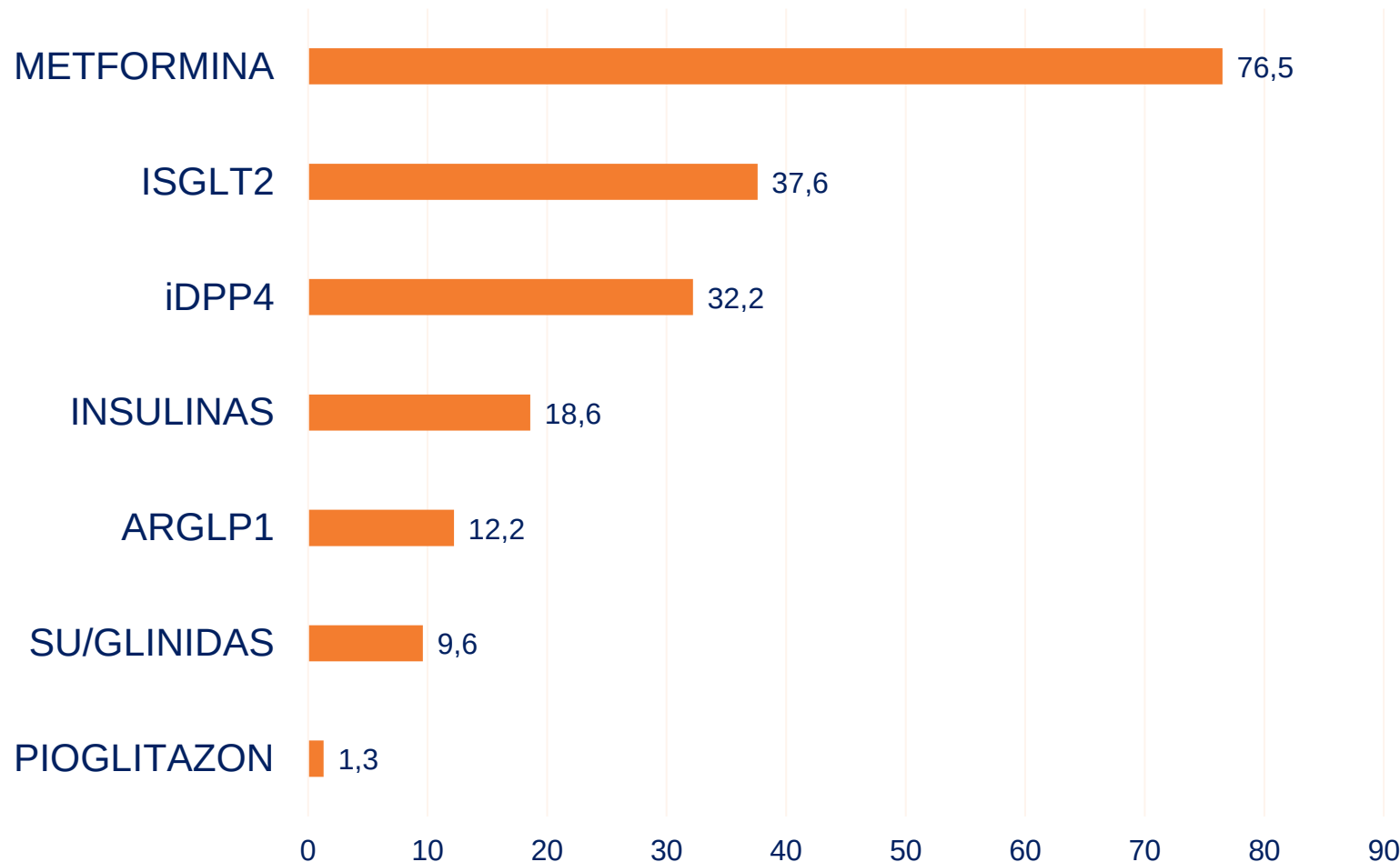


Opciones FARMACOLOGICAS

- Metformina
- Sulfonilureas (Glinidas)
- Glucosuricos (iSGLT2)
- Tiazolidinedionas
- Inhibidores α -glucosidasas
- Inhibidores DPP-4
- Agonistas receptor GLP-1
 - Agonistas duales GLP1-GIP
- Insulina

FARMACOS MAS PRESCRITOS PARA LA DM2 EN ESPAÑA.

ESTUDIO DIAMOND2



Orozco-Beltran D, Mata-Cases M, Artola-Menéndez S, Álvarez-Guisasola F, Cebrián-Cuenca AM, Pérez A;
DIAMOND2 Study Prim Care Diabetes. 2025 Feb;19(1):7-14.

