

Nefroprotección en Diabetes Mellitus tipo 2

Sabemos bien que la incidencia acumulada de nefropatía diabética es de alrededor de 40% tanto para diabetes tipo I como para la tipo II después de 20 años del diagnóstico. Además la nefropatía diabética es la causa de aproximadamente el 40 % de los casos de insuficiencia renal crónica terminal en el mundo, siendo la causa más importante de esta patología.

Es interesante como las estrategias para intentar controlar estos fenómenos ocurrieron en orden inverso. Inicialmente en los años 80 se empezó con el control de la presión arterial y el uso de antihipertensivos para el control de la nefropatía diabética. Es hasta el inicio de los años 90 con el DCCT, que se le da importancia a la prevención primaria con el control estricto de la glicemia y con el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). En la prevención secundaria es claro que los pacientes que ya presentan microalbuminuria como marcador de enfermedad renal progresiva se han beneficiado en forma importante del uso de los IECA's tanto en la reducción de tiempo de llegada a diálisis y trasplante como en la reducción de mortalidad en este grupo de pacientes de alto riesgo.

Ahora con la aparición de nuevos antihipertensivos y principalmente con los antagonistas del receptor AT1 de la angiotensina II se plantea la posibilidad de una mejor respuesta de estos pacientes con menor cantidad de efectos secundarios, principalmente la tos que se reporta desde un 7 a un 25% como causa de discontinuación de los IECA.

El mecanismo de acción pareciera ser similar con algunas diferencias principalmente en el metabolismo de degradación de la bradiquinina, y es por eso que alguna gente los empezó a usar como intercambiables.

Hasta hace poco tiempo se iniciaron los estudios grandes, randomizados y doble ciego para valorar la utilidad de estos medicamentos en la prevención de nefropatía tanto diabética como no diabética. En este número de Acta Medica se revisa, por la Dra. Blanco y la Dra. Sáenz-Campos, los diferentes estudios publicados ya entre el 2001 y el 2002 sobre varios de estos medicamentos en pacientes con nefropatía diabética, queda bastante claro en estos estudios que la reducción de la presión arterial, la disminución de la proteinuria y la protección renal parece ser muy similar en ambos grupos de medicamentos no así la reducción de la mortalidad cardiovascular que si es importante en los IECA's.

Claramente los efectos secundarios de los bloqueadores AT1 son menores y muy similares a placebo en este aspecto.

Queda ahora por aclarar lo que algunos estudios pequeños han sugerido de que el uso de estos dos grupos de medicamentos en conjunto podrían tener efectos aditivos en cuanto a la nefro y cardioprotección que ambos exhiben por separado, mejorando así la prevención de patología crónica que tanto afecta al paciente diabético.

Dr. Fernando Mangel Morales
Nefrólogo
Hospital México