

LOS DIABETICOS TIPO 2 CORREN UN RIESGO ENTRE DOS Y CUATRO VECES MAYOR DE SUFRIR UNA COMPLICACION VASCULAR RESPECTO A LOS NO DIABETICOS

EL 80% DE LOS DIABETICOS CON MICROALBUMINURIA SON TAMBIEN HIPERTENSOS

Los resultados del programa PRIME, publicados en The New England Journal of Medicine, concluyeron que el tratamiento con irbesartan tiene un efecto nefroprotector que va más allá de su capacidad antihipertensiva

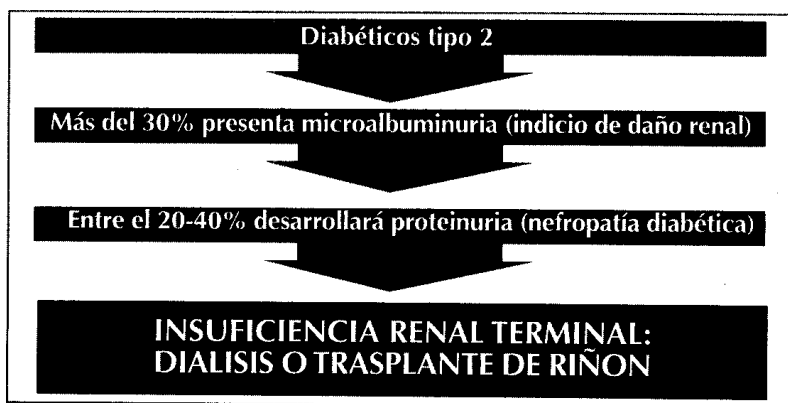
La campaña DEMAND ha servido para poner de relieve, una vez más, la estrecha relación entre dos importantes factores de riesgo vascular: la hipertensión y la diabetes. En el caso de los pacientes españoles analizados en la campaña, el resultado es que prácticamente ocho de cada 10 no tenían sus cifras de presión arterial bajo control. Los diabéticos tipo 2 corren un riesgo entre dos y cuatro veces mayor de sufrir una complicación vascular respecto a los no diabéticos. Este incremento del riesgo se asocia no sólo a la enfermedad, sino a la frecuente confluencia en estos pacientes de otros factores (colesterol elevado, hipertensión, hiperglucemia, tabaquismo, disfunción endotelial, alteraciones plaquetarias y trastornos de la coagulación, etc) que contribuyen a un desarrollo más acelerado de la patología aterosclerótica y a un peor pronóstico.

Aunque la diabetes se asocia

Se calcula que la mitad de los hipertensos españoles con más de 60 años puede padecer diabetes

con la obesidad y el sobrepeso hasta en un 80% de los casos y con el colesterol elevado en el 48-54%, lo cierto es que si hubiera que destacar un binomio por sus graves consecuencias sobre la salud del enfermo, éste sería la relación entre la diabetes y la hipertensión. Esta asociación está presente en un 50-70% de los pacientes sin microalbuminuria y en un 73-90% de los enfermos con microalbuminuria.

En España, se estima que cerca de un 50% de la población hipertensa con más de 60 años puede padecer diabetes. Según las evidencias científicas y los documentos de consenso, la confluencia de la diabetes y la hipertensión obliga a que estos pacientes rebajen sus cifras de presión arterial por debajo de 130/80 mientras que en el resto de la población se considera controlada con cifras inferiores a 140/90. No obstante, tanto en hipertensos con diabetes co-



Evolución del daño renal

mo sin ella se está todavía lejos de alcanzar un buen nivel de control de la presión arterial: no más del 30% cuando el objetivo es 140-90, mientras que se encuentra por debajo del 14% cuando se persigue 130/80.

Un trabajo de referencia: el programa PRIME

Desde hace tiempo y por distintos estudios, los médicos tienen constancia de que un control estricto de la hipertensión arterial ayuda a prevenir y retrasar el deterioro de la función renal en diabéticos hipertensos. No obstante, hasta hace dos años no se sabía qué estrategia

terapéutica podía lograr ese objetivo con mayor eficacia. La respuesta la ofreció el programa PRIME (Program for Irbesartan Mortality and Morbidity Evaluations), formado por dos amplios estudios con más de dos mil pacientes: IRMA-2 (Irbesartan MicroAlbuminuria Type 2 Diabetes Mellitus in Hypertensive Patients) e IDNT (Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial).

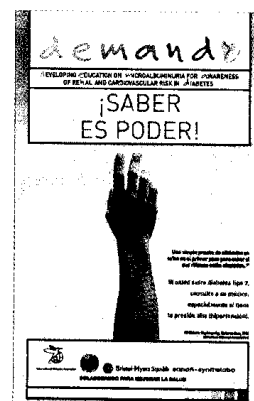
Los resultados, publicados en su momento en la revista The New England Journal of Medicine, concluyeron que un ARA II, irbesartan, cuenta con un efecto protector sobre la enfermedad renal que va más allá de su capacidad antihipertensiva y que además sus beneficios son pa-

tes tanto en fases iniciales como en la etapa final de la enfermedad. Teniendo en cuenta dichos resultados, la Agencia Europea de Evaluación del Medi-

Irbesartan fue el primer ARA II aprobado en Europa para prevenir y retrasar el daño renal en diabéticos tipo 2

camento (EMA) decidió entonces aprobar en Europa una nueva indicación para irbesartan.

La aprobación del fármaco convirtió a esta molécula, un antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II), en el primer medicamento disponible



en todos los países de la Unión Europea para prevenir y retrasar el deterioro de la función renal en estos enfermos. De la investigación que integran los dos estudios citados, se destacó sobre todo que por primera vez y a

gran escala se había podido comprobar que el bloqueo específico de un receptor del sistema renina angiotensina logra poner freno a la progresión de la nefropatía diabética tanto en pacientes con deterioro incipiente de la función renal (IRMA-2) como en aquellos otros en los que ya estaba establecida una importante afectación en este órgano.

En el caso del primero, que incluyó 590 diabéticos tipo 2, la principal conclusión fue que irbesartan en una dosis de 300 mg. una vez al día y durante dos años, lograba reducir en un 70% el riesgo de evolución del daño renal. En la segunda de estas investigaciones participaron 1.715 hipertensos con nefropatía diabética establecida e hipertensión y los resultados revelaron que el empleo de irbesartan durante dos años y medio conseguía igualmente retrasar la progresión de la enfermedad, posponiendo la necesidad de someterse a diálisis o trasplante y reduciendo, por tanto, el riesgo de muerte; disminuyeron las posibilidades de sufrir una de estas tres complicaciones en un 20% frente al grupo placebo, y de un 23% frente a amlodipino.

Ahorro económico con irbesartan

Actualmente se está en condiciones de optimizar el manejo de los pacientes retrasando la progresión de la enfermedad con lo que eso supone de reducción de los costes sociales e incluso económicos. Sobre este último aspecto y a partir de los datos del IDNT, se ha comprobado que el empleo de irbesartan no sólo evita la entrada en un programa de diálisis o la necesidad de un trasplante, con el consiguiente beneficio sobre su calidad de vida, sino que además puede contribuir a reducir de manera muy considerable el gasto sanitario asociado al manejo de la enfermedad en fases avanzadas. Si se aplican los costes en España, la conclusión es que utilizar irbesartan, en lugar de los tratamientos habituales para controlar la presión arterial, permitiría ahorrar unos 7.000 euros por paciente.

Para confirmar este extremo, fue preciso saber cuánto cuesta la medicación, el ingreso en un hospital, un año de tratamiento en diálisis, la colocación de un catéter, la realización de pruebas exploratorias, la hospitalización de un enfermo en diálisis (que siempre es más cara que cuando no se está en diálisis) o los gastos de un trasplante. Realizada

esta operación, se procedió a valorar el ahorro que supondría incluir irbesartan en el tratamiento. El resultado fue que si se emplea este medicamento el ahorro que se consigue en el manejo de la enfermedad es cien veces mayor que si no se utiliza. Se puede decir que por cada 19 pacientes tratados con irbesartan se evita que uno de ellos entre en diálisis.

Concretamente, si el paciente es tratado con irbesartan se emplean 13.673 euros menos que si se le administra amlodipino y 7.632 euros menos si la comparación se hace con un paciente del grupo que recibió los medicamentos habitualmente utilizados (diuréticos, betabloqueantes,...) para controlar la presión arterial. El menor gasto, que se debió fundamentalmente al retraso en la progresión hacia la fase terminal de la insuficiencia renal, se empezó a observar en el tercer año de tratamiento. La mayor parte del ahorro (un 80%) se obtenía durante los primeros 9-11 años. Se estima que un paciente que entra en diálisis cuesta al Estado español unos 42.000 euros (actualmente, 25.000 afectados en nuestro país están en programas de diálisis).