

EL ABORDAJE ADECUADO DE LA PROTEINURIA PROLONGA EN MÁS DE 20 AÑOS LA SUPERVIVENCIA

## Deben tratarse todos los factores asociados a patología cardiovascular para evitar la nefropatía diabética

■ **Javier Granda Revilla** Barcelona  
Hans-Henrik Parving, profesor del Departamento de Endocrinología Médica del Rigshospitalet de Copenhague (Dinamarca), ha participado en la XVI Reunión Nacional de la SEH-Lelha, en Barcelona.

El presente de la nefropatía diabética implica reconocer que la diabetes es la causa más común del fallo renal, "y el motivo más frecuente por el que los pacientes necesitan diálisis o trasplante de riñón en la nefropatía diabética". Además, el número de pacientes diabéticos en el mundo está aumentando y, en consecuencia, debe asumirse que el problema con la insuficiencia renal crecerá. Otro aspecto relevante es que aproximadamente el 40 por ciento de los pacientes con diabetes desarrollará proteinuria y, probablemente, hipertensión arterial, descen-

so de las tasas de filtración renal y riesgo de fallo renal.

"Cuando los pacientes tienen proteinuria, el principal riesgo es la enfermedad cardiovascular, con muy alto riesgo de infarto de miocardio, de ictus, de insuficiencia cardíaca y de dificultades en las piernas, con alteraciones y amputaciones, por lo que la proteinuria es un marcador de riesgo. La buena noticia es que tenemos tratamientos y podemos intervenir; durante los últimos 20 años hemos desarrollado terapias que pueden posponer el desarrollo de la nefropatía diabética, reduciendo la presión sanguínea, utilizando bloqueantes del sistema renina angiotensina, al inhibir la renina".

Este tratamiento es capaz de posponer el desarrollo de la enfermedad renal en una cifra cercana al 60 por ciento "y es sabido que la mejora del control glucémico puede

**Los fallecimientos y los eventos cardiovasculares no fatales se pueden reducir en un 50 por ciento sólo controlando glucemia, lípidos y PA**

reducir la incidencia de la nefropatía diabética", por lo que, pese a que crece el número de diabéticos, "se ha podido reducir el número de pacientes que sufren nefropatía diabética".

### Supervivencia

En los casos en los que el paciente tiene proteinuria, de nuevo debe tratarse reduciendo la presión sanguínea mediante el bloqueo del sistema renina angiotensina. "La supervivencia, que antaño era de siete años, se ha prolongado a más de 21 años, por lo que hay un gran

incremento en la esperanza de vida del paciente con nefropatía diabética".

Otra opción consiste en tratar todos los factores de riesgo cardiovascular al mismo tiempo, reduciendo la glucosa en sangre, los lípidos, la presión sanguínea y, además, añadiendo dosis bajas de aspirina, con el objetivo de evitar la trombosis. Estas fueron las bases del estudio *Steno-2*, coordinado por Parving y publicado en *The New England Journal of Medicine* en 2008 y que logró una reducción de los fallecimientos del 50 por ciento y del riesgo de enfermedad cardiovascular fatal y no fatal, de ceguera y de nefropatía diabética de más del 50 por ciento.

"El mensaje principal de este estudio es que somos capaces de reducir los fallecimientos y los eventos cardiovasculares no fatales en más de un 50 por ciento



Hans-Henrik Parving, del Rigshospitalet de Copenhague.

únicamente reduciendo la glucosa en sangre, los lípidos, la presión sanguínea (PA) y tratando al paciente con dosis bajas de aspirina".

La prevención es crucial, pues las complicaciones son muy graves: "Deben tratarse todos los factores de riesgo. No es suficiente con uno".

Por último, Parving recomienda que se trate a todos

los pacientes con diabetes tipo 2. "En Dinamarca los tratamos a todos reduciendo los lípidos, independientemente de su nivel de control lipídico, reduciendo el riesgo de trombosis con aspirina infantil. El control glucémico está optimizado lo mejor posible y, ante la menor elevación de la presión sanguínea, se les trata".