

## ¿Qué estrategia de tratamiento hipotensor es la mejor para pacientes con diabetes y enfermedad renal crónica?

**Lancet 2015**

Los resultados de un meta-análisis de la revista Lancet pueden ayudar a tomar decisiones respecto a la selección de la terapia para bajar la presión arterial en pacientes con diabetes y enfermedad renal crónica (ERC).

Los investigadores examinaron cerca de 160 ensayos aleatorizados que compararon regímenes diferentes de tratamiento hipotensor en más de 40.000 adultos con diabetes tipo 2 (en su mayoría) y ERC. Encontraron que ningún fármaco fue mejor que el placebo en términos de supervivencia. Los inhibidores de la ECA, bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA), y los inhibidores de la endotelina fueron más efectivos para la prevención de la enfermedad renal en etapa terminal. Sin embargo, sólo los ARA II fueron significativamente superiores al placebo (odds ratio con ARB solo, 0,77; con BRA + inhibidor de la ECA, 0,62).

La terapia de combinación BRA e inhibidores de la ECA se asoció con un mayor riesgo de hiperpotasemia y de lesión renal aguda. Los autores estiman que por cada 1.000 pacientes que reciben esta combinación durante 1 año, 14 pacientes podrían evitar la enfermedad renal terminal y 208 pueden tener la regresión de la albuminuria - pero 55 podrían desarrollar insuficiencia renal aguda, y 135 podrían experimentar hiperpotasemia. (Los beneficios y los daños después de 1 año de la monoterapia con BRA fueron menores.)

## El control glucémico intensivo se asocia con menos eventos CV en un seguimiento

**NEJM 2015**

El control glucémico intensivo para pacientes con diabetes tipo 2 mostró un beneficio en la reducción de eventos cardiovasculares no fatales durante largo plazo de seguimiento que no era evidente en un estudio inicial, informan los investigadores en la revista New England Journal of Medicine.

Los investigadores asignaron al azar a casi 2.000 pacientes (edad media, 61 años, con una media de duración de la diabetes, de 12 años) para el control glucémico intensivo o estándar. Tras una mediana de seguimiento de 5,6 años, los autores encontraron una diferencia no significativa en los resultados cardiovasculares.

Después de un período adicional de 4 años con el control glucémico estándar en ambos grupos, hubo poca diferencia entre los grupos en los niveles de hemoglobina glicosilada. Mientras tanto, la diferencia en los resultados cardiovasculares llegó a ser significativa, con 8,6 menos eventos cardiovasculares mayores por 1000 personas-año en los que habían recibido la terapia intensiva. La mortalidad fue siendo similar entre los grupos. Una editorial acompañando al artículo comenta que: "Estos resultados no deberían cambiar nuestro enfoque general para el control glucémico en adultos mayores con diabetes tipo 2 de larga duración: se recomienda individualizar la intensidad de la terapia antidiabética dependiendo de la preferencia del paciente y del riesgo de hipoglucemia".

