



Impacto del tratamiento antihipertensivo sobre la morbi-mortalidad cardiovascular en los pacientes con insuficiencia renal terminal

V. Barrio

Unidad de Nefrología. Área de Medicina. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

La hipertensión arterial (HTA) mal controlada de larga evolución causa insuficiencia renal crónica (IRC) y de acuerdo con los datos del USRDS, se observa una tendencia creciente a lo largo de los últimos 15 años en la incidencia de IRC terminal secundaria a nefropatía hipertensiva que incluye la nefroangiosclerosis y la nefropatía isquémica, alcanzado el 25,8% en el año 96. Además, la mortalidad cardiovascular (CV) en IRC representa de forma global más del 50% independientemente de la edad, no sólo por el aumento de la edad media y de la comorbilidad de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo, sino por la mayor prevalencia de todos los factores clásicos de riesgo CV como diabetes mellitus y/o intolerancia hidrocarbonada hasta en un 75%, hipertensión arterial en 80%, hiperlipidemia, remodelación vascular con aumento de rigidez arterial e hipertrofia ventricular izquierda con disfunción diastólica junto a la presencia universal en esta población de otros trastornos propios de la uremia como son la anemia, hiperfosforemia, hiperparatiroidismo secundario y la hiperhomocisteinemia. Con respecto a la patogenia de la HTA en la IRC, se incluyen el balance de Na y la expansión del volumen extracelular, la activación inapropiada del sistema renina-angiotensina, el aumento de la actividad simpática, la presencia de sustancias endógenas con actividad similar a digital, el desequilibrio entre factores vasoactivos derivados

del endotelio (endotelina-1, prostaciclina y óxido nítrico), la administración de eritropoyetina y la presencia de hiperparatiroidismo o de estenosis de arteria renal. A pesar de la magnitud del problema, existen pocos estudios prospectivos que describan el efecto de varias modalidades de tratamiento (ultrafiltración, dosis de diálisis, fármacos anti-hipertensivos con diferentes mecanismos de acción) sobre las tasas de control de la HTA en la IRC y/o su impacto sobre la morbi-mortalidad CV, no existiendo incluso ningún acuerdo explícito sobre el objetivo de presión arterial recomendable o el mejor momento para su registro (¿prediálisis, monitorización ambulatoria interdiálisis?).

Sin embargo, se pueden establecer algunas consideraciones clínicas y terapéuticas generales como son la valoración exhaustiva del status CV de todo paciente con IRC que incluya un perfil completo de los factores clásicos y específicos de riesgo CV, la documentación de alteraciones estructurales y/o funcionales cardíacas con ecocardiografía o técnicas invasivas y la utilización de ultrafiltración para alcanzar el peso seco ideal, el ajuste de dosis de diálisis adecuada y de fármacos anti-hipertensivos, de preferencia en monodosis y de administración nocturna, con objeto de alcanzar cifras de PA en rango normal, es decir < 135/85 mm Hg en período diurno y a 120/80 mm Hg en período nocturno con monitorización ambulatoria de PA.