



Efecto del estricto control de la presión arterial con distintos fármacos antihipertensivos sobre la proteinuria en las nefropatías glomerulares primarias

S. García de Vinuesa

Hospital Universitario «Gregorio Marañón». Madrid.

Es un hecho demostrado que el estricto control ($< 125/75$ mm Hg) de las cifras de tensión arterial (TA) enlentece el deterioro de la enfermedad renal no diabética con proteinuria superior a 1 g/día y que la proteinuria es el más potente predictor de progresión de la insuficiencia renal, por encima incluso de la TA (Grupo de Estudio sobre las Modificaciones de la Dieta en la Enfermedad Renal). Los inhibidores del enzima de conversión de la angiotensina (IECA) tienen un mayor efecto antiproteinúrico y protector sobre la función renal que otros fármacos antihipertensivos, que parece independiente del control alcanzado en la TA, mientras que los calcio-antagonistas dihidropiridínicos podrían tener un efecto adverso, sólo atenuado por el estricto control de la TA o si son administrados conjuntamente con IECA (Grupo Italiano de Estudios Epidemiológicos en Nefrología).

Para analizar el efecto a largo plazo de distintos fármacos sobre la proteinuria y la función renal a igual control estricto de la TA, en las nefropatías primarias, se ha realizado un estudio multicéntrico, prospectivo, randomizado y doble ciego comparando un IECA: trandolapril (T), un calcio-antagonista no dihidropiridínico: Verapamilo (V) y la asociación de ambos (V + T), frente a un grupo control de pacientes tratados con un beta-bloqueante: Atenolol (A). Se incluyeron 119 pacientes con aclaramiento de creatinina (Ccr) de más de 50 ml/min. y proteinuria superior a 2 g/día, que recibieron tratamiento, de forma aleatoria, durante 12 meses con A (100 mg/día), V (480 mg/día), T (4 mg/día) o V + T (360/4 mg/día). La media de TA al comienzo del estudio y tras 4 semanas de lavado fue $138 \pm 19/88 \pm 12$ mm

Hg, descendiendo de forma homogénea en los cuatro grupos de pacientes a $125 \pm 15/78 \pm 8$ mm Hg a los 6 meses de tratamiento activo ($p < 0,001$). A pesar del estricto control de la TA, la proteinuria no se modificó en los pacientes que habían recibido A ó V. El máximo descenso de la proteinuria se consiguió en los pacientes tratados con V + T (descenso de 52%, $p = 0,001$) y en los que recibieron T (45%, $p = 0,003$). Esta disminución de la proteinuria se acompañó de elevación de la albúmina y del calcio séricos únicamente en los pacientes tratados con la asociación V + T ($p < 0,01$ y $p < 0,05$ respectivamente). No se evidenciaron modificaciones en la creatinina ni en el Ccr en ninguno de los cuatro grupos terapéuticos.

Al final de este estudio, un subgrupo de 22 pacientes recibió de forma abierta, durante los siguientes 12 meses, tratamiento con la asociación V + T a mitad de dosis que en el período previo (180/2 mg/día). La TA se elevó a $134 \pm 15/84 \pm 9$ mm Hg ($p < 0,05$), a pesar de lo cual la proteinuria descendió significativamente en los pacientes que habían recibido A ó V en el período anterior, pero en los tratados previamente con T ó V + T la elevación de la TA se acompañó de un paralelo incremento de la proteinuria.

Estos resultados indican que a igual control de TA, los IECA, solos o asociados a Verapamilo tienen mayor efecto antiproteinúrico que otros antihipertensivos, pero este efecto se ve atenuado si la TA no se controla estrictamente. El máximo decremento de la proteinuria se obtiene mediante el estricto control de la TA utilizando IECA o la asociación fija de IECA más calcio-antagonista no-dihidropiridínico.