



## «CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA ENFERMEDAD RENAL»

# *Prevalencia y control de la hipertensión arterial en los pacientes con enfermedad renal*

**J. Luño, N. Ridaó, S. García de Vinuesa, F. Gómez Campderá, A. Tejedor, M. Sánchez y F. Valderrábano**

Servicio de Nefrología. Hospital General «Gregorio Marañón». Madrid.

La Hipertensión Arterial (HTA) es una importante causa de Insuficiencia Renal Crónica y además un potente factor de progresión a la Insuficiencia Renal Terminal (IRT) en los pacientes con cualquier tipo de nefropatía previa. Por ello un adecuado control de la Presión Arterial (PA) es necesario para evitar la rápida progresión a la IRT de la enfermedad renal crónica. Estudios recientes han hecho especial énfasis en la necesidad de un control más estricto de la presión arterial en los enfermos renales, con objetivos de control en cifras inferiores a 130/85 mm de Hg e incluso inferiores en los pacientes con proteinuria superior a 1 g/día (125/75 mm de Hg), para evitar el progresivo deterioro de la función renal en estos pacientes.

Recientemente, hemos analizado la prevalencia y el control de la PA en 1.162 pacientes hipertensos de un total de 1.921 con diversas nefropatías, en los últimos 2 años (prevalencia de hipertensión en la enfermedad renal: 61%). Se han considerado como portadores de nefropatía los pacientes con proteinuria y/o hematuria así como los que tenían insuficiencia renal o evidencia con técnicas de imagen o histológicas de patología renal. No se han considerado para el estudio los enfermos en tratamiento con diálisis ni los trasplantados renales. Eran hipertensos el 54% de los enfermos diagnosticados de glomerulonefritis crónica (GN), el 62% de los enfermos con pielonefritis crónica (PNC), el 87% de los pacientes diagnosticados de nefropatía diabética (ND) y el 93% de los pacientes con enfermedad vascular renal (EVR). La prevalencia de hipertensión (HTA) en los pacientes con IR (79%) fue significativamente más alta que la de los enfermos sin IR (43%  $p < 0,001$ ).

Las principales variables independientes que definían la presencia de HTA en los enfermos con patología renal, en los análisis de regresión logística múltiple realizados con las variables que previamente habían demostrado una correlación significa-

tiva en el análisis univariable, fueron: El grado de insuficiencia renal, el diagnóstico de diabetes, la edad, la proteinuria y la hipertrigliceridemia.

El tratamiento antihipertensivo consistió únicamente en dieta en el 3,5% de los enfermos, un fármaco en el 45%, dos fármacos en el 36%, tres en el 13% y más de tres en 2,5% de los enfermos renales con HTA. Los IECA fueron los fármacos más utilizados (39% de los enfermos tratados con una sola droga), seguidos por calcio antagonistas (27%), diuréticos (18%) y betabloqueantes (9%). La terapia combinada más común fue diurético más IECA. Según los criterios actuales de control en los pacientes con enfermedad renal (PA < 130/85 mm Hg) el 24% de los enfermos tenían controlada la PA sistólica y el 49% la PA diastólica. Sin embargo un adecuado control de ambas, únicamente se observó en el 10% de los pacientes, que mejoró en el seguimiento hasta un 15%. El control fue peor en los enfermos con ND (6%) o EVR (8%) que en los pacientes con PNC (21%). El porcentaje de enfermos con la PA controlada fue menor cuando se valoró el criterio de PA < 125/75 mmHg en los enfermos con proteinuria > 1g/día (7% para la PAS, 18% para la PAD y 4% para ambas).

En conclusión, en los enfermos renales existe una alta prevalencia de HTA, que depende del tipo de nefropatía y del grado de insuficiencia renal. La menor prevalencia de HTA en las patologías glomerulares en general, está en relación con la diferencia encontrada en la incidencia de los distintos tipos de GN en la actualidad, comparativamente con otras series más antiguas. Sin embargo, el control de la PA sobre todo el de la PA sistólica, en los pacientes con enfermedad renal, de acuerdo con los criterios actualmente recomendados, es muy pobre y debe de ser mejorado para evitar la progresión a la IRT sobre todo en los enfermos con proteinuria importante.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Klag MJ, Whelton PK, Randall BL y cols.: Blood Pressure and end stage renal disease in men. *N Engl J Med* 334: 13-28, 1996.
2. Walker WG: Hypertension-related renal injury. A major contributor to end stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 22: 164-173, 1993.
3. Parving HH, Smith UM, Hommel E y cols.: Effective antihypertensive treatment postpones renal insufficiency in diabetic nephropathy. *Am J Kidney Dis* 22: 188-195, 1993.
4. Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee (JNC VI). *Arch Int Med* 157: 2413-2446, 1997.
5. Maschio G, Alberti D, Janin G y cols.: For the Angiotensin Converting Enzyme Inhibition in Progressive Renal Insufficiency Study Group. Effect of the angiotensin converting enzyme inhibitor benazepril on the progression of chronic renal insufficiency. *N Engl J Med* 334: 939-945, 1996.
6. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Kidney Int* 51: 1918-1925, 1997.
7. Lewis EJ, Hunsicker LG, Bain RP y cols.: For the Collaborative Study Group. The effect of angiotensin converting enzyme inhibition on diabetic nephropathy. *N Engl J Med* 329: 1456-1462, 1996.