

Importancia de la hipertensión arterial en el paciente renal.

Adelaida Reyes Leiva, DUE, Hospital Poniente.

Margarita Torres Amengual, DUE, Hospital Poniente.

Beatriz García Maldonado, FEA Nefrología, Hospital Torrecárdenas.

(adelirl@hotmail.com)

Introducción

La enfermedad renal crónica está estrechamente vinculada a la hipertensión arterial (HTA), con respecto al resto de la población se puede observar un aumento de la morbimortalidad cardiovascular.

Según el artículo de Marín (2004) entre los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo, como es el caso de la hemodiálisis, del 40 al 75% de ellos poseen patologías cardiovasculares, siendo ésta la responsable del 44% de los fallecimientos.

Esta asociación entre enfermedad renal y patologías cardiovasculares es recíproca, puesto que per se, las enfermedades renales favorecen el desarrollo de patologías cardiovasculares, mientras que, de un mismo modo las propias patologías cardiovasculares pueden generar y/o incrementar el riesgo de padecer patologías renales (Díez, 2004).

Actualmente, las recomendaciones son las de trabajar sobre los factores de riesgo cardiovascular en el paciente renal, estas incluyen mantener unos niveles óptimos de tensión arterial, reducir la proteinuria, control de la diabetes, abandono del tabaquismo, control de la dislipemia y antiagregación plaquetaria en algunos casos como prevención primaria. (Gorostidi y Marín, 2004).

Objetivos

- Revisar los objetivos determinados en la hipertensión en pacientes con patología renal.
- Conocer las distintas modalidades para determinar la presión arterial y mantener un seguimiento correcto.

Metodología

El presente estudio es una revisión narrativa sobre la hipertensión y sus cuidados en el paciente renal. Para la realización del presente estudio se llevó a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos, de ciencias de salud como son: CUIDEN, SCIELO y PUBMED. Los descriptores utilizados fueron: “Insuficiencia renal”, “Presión arterial”, y “Comorbilidad” (estos mismos términos fueron incluidos en inglés y portugués, para la búsqueda en las bases de datos internacionales).

Para los tres descriptores se obtuvieron resultados de artículos, se incluyeron todos los artículos de revisión bibliográfica y de investigación cuantitativa. Los artículos relacionados con nuevas técnicas aplicadas o innovadores fueron excluidos de la revisión por considerarse no correspondientes con la realidad de la diálisis en España, tras el cribaje, se obtuvieron un total de 6 artículos para la revisión.

Resultados

Los objetivos de nefroprotección y prevención cardiovascular en el paciente renal son:

- Mantener niveles por debajo de 130/80 mmHg.
- Descenso paulatino de la tensión arterial.
- Evitar la hipotensión ortostática.
- Antihipertensivos orales, en algunos casos serán la combinación de dos o más fármacos (Gorostidi y Marín, 2004).

Para la consecución de estos objetivos se atribuirán medidas:

No farmacológicas: dieta restrictiva en sal (< a 6 gr. /día), pobre en potasio, ejercicio físico y controlar y reducir el exceso de peso.

Farmacológicas, existen cuatro escalones farmacológicos:

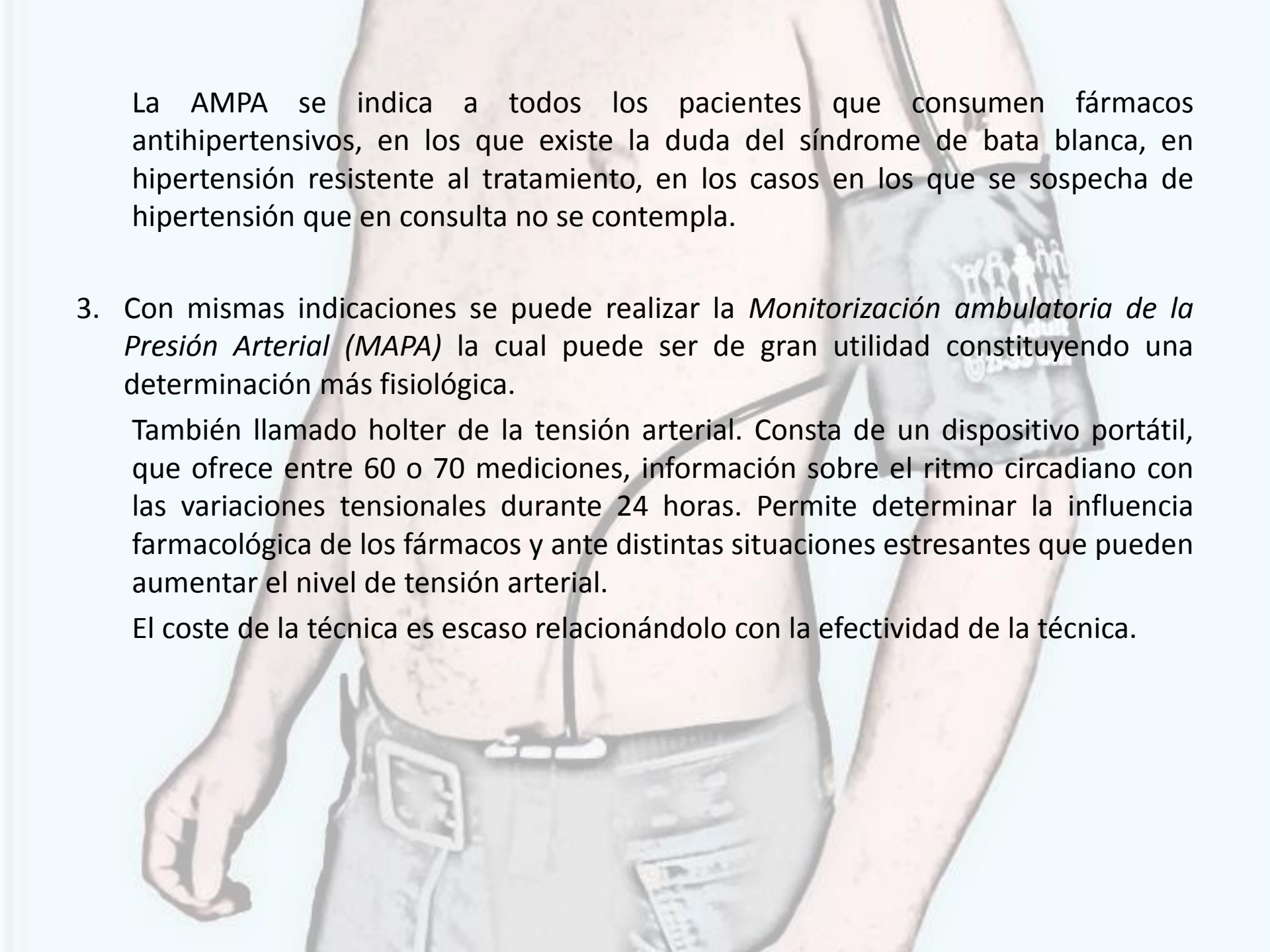
- Primero con la inclusión de IECA.
- Segundo escalón: diuréticos.
- Tercer y cuarto escalón: antagonistas del calcio o β -bloqueantes.

Se deben extremar las precauciones en la administración de fármacos antipertensivos en la insuficiencia renal, ya que estos pueden provocar un rápido deterioro de la función renal, obligando a monitorizar aún más el coste beneficio en este tipo de usuarios.

Determinación de la presión arterial:

Para el control de la tensión arterial en el paciente renal existen tres modalidades (Gorostidi, Fernández, Galcerán y Segura, 2009; Gorostidi y Marín, 2004; Orte, 2010):

1. La determinación de la *TA en consulta que* constituye la forma tradicional de control y seguimiento de los usuarios, fuente epidemiológica importante. Consiste en la medición aislada de la tensión arterial y, posee limitaciones como la presencia de una variabilidad y sospecha de hipertensión enmascarada, reacción de alerta del usuario ante el entorno clínico denominado “efecto de bata blanca” y, error de medida mediante los esfigmomanómetros. Además, en los últimos años la evidencia científica, evalúa las medidas fuera de consulta como medida de mejor control ante el riesgo cardiovascular.
2. *La Automedida de la Presión Arterial denominada AMPA*, se realiza mediante esfigmomanómetro automático habitualmente, en el propio domicilio, en este caso el valor umbral aceptado es el inferior a 135/85mmHg.



La AMPA se indica a todos los pacientes que consumen fármacos antihipertensivos, en los que existe la duda del síndrome de bata blanca, en hipertensión resistente al tratamiento, en los casos en los que se sospecha de hipertensión que en consulta no se contempla.

3. Con mismas indicaciones se puede realizar la *Monitorización ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA)* la cual puede ser de gran utilidad constituyendo una determinación más fisiológica.

También llamado holter de la tensión arterial. Consta de un dispositivo portátil, que ofrece entre 60 o 70 mediciones, información sobre el ritmo circadiano con las variaciones tensionales durante 24 horas. Permite determinar la influencia farmacológica de los fármacos y ante distintas situaciones estresantes que pueden aumentar el nivel de tensión arterial.

El coste de la técnica es escaso relacionándolo con la efectividad de la técnica.

Conclusiones

La hipertensión arterial en el paciente renal es un factor de riesgo de progresión de enfermedad renal y cardiovascular potencialmente tratable.

Según la bibliografía revisada, para el óptimo manejo de la tensión arterial en el paciente renal se deben tener en cuenta diversos factores, los relacionados con la propia patología, comorbilidades, edad,...

La MAPA constituye una modalidad para el seguimiento de la HTA muy efectiva.

Oferta la posibilidad de monitorizar la tensión arterial durante 24 horas, junto con el ritmo circadiano mide los cambios tensionales durante el día y noche, mide la duración de los fármacos antihipertensivos. Cabe destacar que el coste es mayor que en las otras técnicas pero a corto-medio plazo contribuye al ahorro farmacológico.

Para el éxito del tratamiento y seguimiento de la HTA en ERC, se debe realizar de forma individualizada y se debe fomentar el autocuidado, puesto que este mismo fomenta un mejor control y seguimiento.



Referencias

Díez, J. (2004). Enfermedad renal y patología cardiovascular. Bases fisiopatológicas de la asociación. *Nefrología*, 24 (6), 21-26.

Gorostidi, P. M., Fernández, F. G., Galcerán, J.M., Segura, J. (2009). Monitorización ambulatoria de la presión en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 29 (5), 123-130.

Gorostidi, P. M., Marín, I. R. (2004). Medida de la presión arterial. *Nefroplus*, 2(1), 31-40.

Gorostidi, P. M., Marín, I. R. (2004). Tratamiento de la hipertensión arterial en enfermos con insuficiencia renal. Estadios 2 y 3 de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24(6), 91-100.

Marín, R. (2004). Riñón y enfermedad cardiovascular. *Nefrología*, 24 (6), 16-20

Orte, M. L. M. (2010). Hipertensión arterial en su encrucijada: a la búsqueda de una definición operativa. *Nefrología*, 30(4), 394-402.