

Patrón no reductor de presión arterial y enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos

J. D. Mediavilla García, C. Fernández Torres, F. Jaén Águila, C. García García,
J. M. Sabio Sánchez y J. Jiménez-Alonso

Servicio de Medicina Interna. Unidad de HTA y Lípidos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España

Introducción. La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) se correlaciona mejor con el daño orgánico que la presión arterial (PA) casual. La MAPA también ha permitido dividir a los pacientes en dipper y non-dipper. Los pacientes non-dipper parecen tener un peor pronóstico en morbimortalidad cardiovascular. Nosotros presentamos los datos del patrón circadiano de PA y la afectación renal en pacientes hipertensos.

Pacientes y método. Se incluyeron en el estudio 702 pacientes con criterio para realizar MAPA. A todos ellos se les midió el filtrado glomerular (FG) según la ecuación MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) corregida para el sexo. Todos los resultados se registraron en base de datos ACCESS y se realizó estudio estadístico mediante el programa SPSS versión 12.0.

Resultados. Los pacientes con FG menor de 60 ml/min/m² eran varones, de mayor edad, diabéticos y con niveles más elevados de colesterol, triglicéridos y ácido úrico. Las PA clínicas y de la MAPA fueron significativamente más elevadas en los pacientes con FG menor de 60 ml/min/m². Un FG menor de 60 ml supone un riesgo estimado de 2,86 (IC al 95%: 1,29-6,36) para presentar un patrón non-dipper.

Conclusiones. En nuestro estudio el 15,8% de los pacientes presenta un FG menor de 60 ml/min/m². Los pacientes con FG reducido tienen más edad, son varones, diabéticos y con cifras de PA más elevadas. Un FG reducido se asocia a patrón non-dipper.

Palabras clave: hipertensión, filtrado glomerular, monitorización ambulatoria, presión arterial.

Non-reducing pattern of blood pressure and chronic kidney disease in hypertensive patients

Introduction. Ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) correlates better with body damage than with casual blood pressure (BP). The ABPM has also made it possible to divide the patients into dipper and non-dipper. Non-dipper patients seem to have a worse prognosis in cardiovascular morbidity-mortality. We present the data of the circadian pattern of BP and kidney involvement in hypertensive patients.

Patients and methods. A total of 702 patients with criterion to perform ABPM were included in the study. Glomerular filtration (GF) rate was measured in all of them according to the MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) equation corrected for gender. All the results were recorded in the ACCESS database and statistical study was done with the SPSS version 12.0 program.

Results. Patients with GF < 60 ml/min/m² were male, of greater age, diabetics and with higher levels of cholesterol, triglycerides and uric acid. Clinical BP and those of ABPM were significantly higher in patients with GF < 60 ml/min/m². A GF under 60 ml meant an estimated risk of 2.86 (95% CI: 1.29-6.6) to have a NRP.

Conclusions. In our study, 15.8% of the patients showed a glomerular filtration less than 60 ml/m². Patients with reduced GF are older, males, diabetics and with higher blood pressure values. A reduced GF is associated to a non-dipper pattern.

Key words: hypertension, glomerular filtration, ambulatory blood pressure monitoring.

Introducción

Cada vez tenemos más evidencias de la relevancia de la enfermedad renal en el pronóstico cardiovascular de los pacientes con hipertensión

arterial (HTA), de aquí que todas las guías incluyan la función renal como factor de riesgo o para la estratificación pronóstica^{1,2}. La presencia de enfermedad renal crónica (ERC) depende de la determinación de creatinina sérica, aclaramiento de creatinina y/o excreción urinaria de albúmina. La creatinina sérica infravalora la prevalencia de insuficiencia renal, mientras que el aclaramiento de creatinina con recogida de orina de 24 horas resulta engorroso desde el punto de vista práctico. Con el fin de obviar estos problemas se ha propuesto el cálculo del filtrado glomerular (FG) mediante distintos métodos matemáticos³.

Correspondencia:

F. Jaén Águila.

C./ Amberes, 4, 3.º K.

18008 Granada. España.

Correo electrónico: fer0602@hotmail.com

Recibido: 24 de enero de 2006.

Aceptado: 9 de mayo de 2006.

Por otra parte, la monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24 horas (MAPA) se correlaciona mejor con el daño orgánico y estima mejor el riesgo cardiovascular que la presión arterial (PA) clínica^{4,5}. En los últimos años se ha observado que el patrón de PA a lo largo de las 24 horas puede tener importancia pronóstica. Los pacientes sin descenso nocturno de PA (*non-dipper* o no reductores) presentan mayor hipertrofia ventricular izquierda, enfermedad cerebrovascular silente y microalbuminuria⁶⁻⁸.

Pacientes y método

Muestreo

Entre enero de 2000 y enero de 2005 se estudiaron de manera prospectiva consecutiva 702 pacientes con indicación clínica para realización de MAPA en la Unidad de HTA y Lípidos del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Definiciones

La PA clínica se definió como la obtenida en la consulta mediante el uso de un esfigmomanómetro de acuerdo con el protocolo internacionalmente aceptado. Se estableció el diagnóstico de HTA mal controlada cuando la media de dos determinaciones de PA realizadas con un esfigmomanómetro de mercurio y separadas por 5 minutos fue igual o superior a 140 y/o 90 mmHg. Se consideró diagnóstico de HTA mediante MAPA en los pacientes no tratados que presentaron PA diurna superior a 135/85 mmHg². También se consideraron hipertensos aquellos pacientes con valores muy próximos a éstos y a los que se decidió tratar por presentar algún grado de repercusión orgánica.

Se clasificó al paciente como "reductor o *dipper*" (PD) cuando se producía caída nocturna de la PA sistólica (PAS) de más de un 10% del período diurno con respecto al nocturno, "*dipper* extremo" cuando la PAS descendía más de 20% del período diurno al nocturno, "patrón *non-dipper*" (PND) cuando la caída de PAS era inferior al 10% y "*Riser*" para aquellos en los que no había caída de PA o ésta era más elevada durante el período nocturno⁹.

El índice de masa corporal (IMC) se determinó mediante la siguiente fórmula: peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros.

Se consideró fumador el paciente que consumía tabaco a diario, independientemente del número de cigarrillos. Se consideró hipercolesterolémico el paciente con un nivel de LDL \geq 130 mg/dl.

Se consideró afectación cardíaca cuando el paciente presentaba signos de hipertrofia ventricu-

lar izquierda en el electrocardiograma, cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca atribuida a la HTA. Afectación cerebral cuando el paciente había sufrido enfermedad vasculocerebral previa. Se consideró microalbuminuria positiva para valores mayores de 30 mg/24 h-299 mg/24 h. Finalmente se consideró insuficiencia renal cuando el FG calculado por la fórmula del *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD)¹⁰ era inferior a 60 ml/min/1,73 m². Se consideró retinopatía hipertensiva sólo para los grados III y IV.

Criterios de inclusión y de exclusión

Se consideraron como criterios de inclusión: a) edad comprendida entre 18 y 80 años; b) pacientes enviados por sus médicos de Atención Primaria con la sospecha clínica de HTA de bata blanca; c) cumplimiento terapéutico adecuado con tres fármacos y no control de PA, y d) discrepancia entre el grado de control domiciliario y el de consulta.

Se tomaron como criterio de exclusión, HTA secundaria de cualquier etiología, antecedentes de insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, arritmias severas, accidente cerebrovascular en el mes previo y antecedentes psiquiátricos. También fueron excluidos los pacientes a los que por problemas técnicos no podía realizarse la MAPA (circunferencia del brazo de más de 42 cm o arritmias).

Protocolo de estudio

A todos los pacientes se les realizó una historia clínica detallada, un examen físico, la medida de la PA clínica y una batería de pruebas complementarias que incluían: hemograma, bioquímica estándar de sangre, sedimento y elemental de orina, electrocardiograma, radiografía de tórax y examen del fondo de ojo. Las muestras de sangre y orina fueron analizadas de forma centralizada según protocolos del Servicio de Análisis Clínicos de nuestro hospital. A todos ellos se les realizó la MAPA.

Medida de la PA

La medida de la PA se llevó a cabo en sedestación con un esfigmomanómetro de mercurio calibrado tras 5 minutos de reposo o transcurrida media hora desde el último consumo de tabaco. Se tomó como PAS el primer ruido de Korotkoff y como PA diastólica (PAD) el quinto. En cada paciente se midió la PA en dos ocasiones separadas por un intervalo de 5 minutos, siendo la cifra de PA consignada la resultante de la media aritmética de ambas determinaciones. Las medidas de PA fueron realizadas sólo por los médicos pertenecientes a la Unidad de HTA y Lípidos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2926203>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2926203>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)