



Original

Afección renal subclínica y establecida en pacientes hipertensos de nuevo diagnóstico

Manuel Ángel Gómez-Marcos^{a,*}, Carlos Martínez-Salgado^b, Gonzalo Grandes^c,
José Ignacio Recio-Rodríguez^a, Yolanda Castaño Sánchez^a,
Emiliano Rodríguez Sánchez^a y Luis García-Ortiz^a

^a Unidad de Investigación, Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca, España

^b Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Salamanca; Unidad de Fisiopatología Renal y Cardiovascular, Instituto Reina Sofía de Investigación Nefrológica, Salamanca, España

^c Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia, Osakidetza, Bilbao, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de enero de 2009

Aceptado el 25 de junio de 2009

On-line el 4 de enero de 2010

Palabras clave:

Enfermedad renal

Proteinuria

Hipertensión arterial

Enfermedad cardiovascular

Evaluación de riesgo

RESUMEN

Fundamento y objetivo: Estimar la prevalencia de afectación renal en pacientes hipertensos de nuevo diagnóstico e identificar los factores relacionados con esta afectación renal.

Pacientes y métodos: Estudio transversal de 425 hipertensos de reciente diagnóstico en atención primaria. La afectación renal se ha valorado con la creatinina, índice albumina/ creatinina y tasa de filtrado glomerular (TFG). Los factores de riesgo cardiovascular, la lesión orgánica subclínica y la enfermedad cardiovascular se analizaron según los criterios de la Guía Europea de Hipertensión de 2007.

Resultados: Edad media de 58,96 (DE: 12,73) años, el 63,3% eran varones. Encontramos dislipidemia en el 80%, obesidad abdominal en el 49% y síndrome metabólico en el 36%. Presentaron creatinina elevada el 3,3%, TFG disminuida el 9,6%, afectación renal oculta el 6,4%, oligoalbuminuria el 7,5% y nefropatía el 2,4%. Los hipertensos con afectación renal (17,88%) tenían mayor edad, presión arterial sistólica más elevada, mayor porcentaje de síndrome metabólico, íntima-media de carótida e índice tobillo/brazo patológico, así como mayor proporción de enfermedad cardiovascular. Las variables asociadas a la afectación renal fueron la presencia de síndrome metabólico (OR=11,12) y el índice tobillo/brazo patológico (OR=17,55). Las variables asociadas a creatinina elevada fueron sexo, índice tobillo/brazo patológico y síndrome metabólico; las variables asociadas a TFG disminuida fueron edad, sexo, índice tobillo/brazo patológico, síndrome metabólico e índice de masa corporal, y la variable asociada al índice albumina/creatinina elevado fue la diabetes mellitus.

Conclusión: Se detecta afectación renal aproximadamente en 2 de cada 10 hipertensos cuando, además de la creatinina sérica, realizamos índice albumina/creatinina y TFG. El síndrome metabólico y el índice tobillo/brazo patológico son los principales indicadores de afectación renal.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Subclinical and established kidney disease in recently diagnosed hypertensive patients

ABSTRACT

Background and objective: To estimate renal disease in recently diagnosed hypertensive patients, and to identify factors related to renal disease.

Patients and methods: Cross-sectional study, with 425 hypertensive patients recently diagnosed in primary health care; renal disease was estimated with serum creatinine, albumin/creatinine index and glomerular filtration rate (GFR). We analyzed cardiovascular risk factors (CRF), subclinical organ injury and cardiovascular disease following the criteria of the 2007 European Guide of Hypertension.

Results: Average age: 58,96 ± 12,73 years old, 63,3% male. We found dyslipemia in 80%, abdominal obesity in 49% and metabolic syndrome in 36% patients. These patients showed increased serum creatinine 3,3%, a reduction in GFR 9,6%, hidden renal disease 6,4%, microalbuminuria 7,5% and nephropathy 2,4%. Hypertensive patients with renal disease (17,88%) were older, with higher systolic pressure, higher incidence of metabolic syndrome, abnormal carotid intima-media thickness and ankle-arm index, and presence of cardiovascular disease. Variables associated with renal disease were metabolic syndrome (odds ratio =11,12) and ankle-arm index (odds ratio =17,55). Variables related to creatinina were sex,

Keywords:

Kidney diseases

Proteinuria

Hypertension

Cardiovascular disease

Risk assessment

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: magomez@usal.es (M.A. Gómez-Marcos).

ankle-arm index and metabolic syndrome; variables related to GFR were sex, age, ankle-arm index, metabolic syndrome and body mass index (BMI); variables related with albumin/creatinine index included diabetes mellitus.

Conclusions: Renal disease is detected in about 2 out of 10 hypertensive patients, when, besides serum creatinina, we analyze albumin/creatinine index and GFR. Metabolic syndrome and ankle-arm index are the main variables associated with renal disease.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad renal crónica en los pacientes hipertensos es un importante factor predictor de futuros episodios cardiovasculares y de muerte^{1,2}. Pero no se conoce con precisión la frecuencia con la que se presenta, ya que la información disponible sobre su prevalencia varía mucho entre los diferentes estudios, dependiendo de las características de la población de hipertensos estudiada y del método de detección utilizado. Los que se basan en la detección de microalbuminuria estiman esta prevalencia entre un 5 y un 40%; cuando se utiliza el aumento de la creatinina sérica estiman entre un 2,5 y un 12% y si se calcula la tasa de filtración glomerular (TFG), se estima entre el 12 y el 25%^{1,2}.

Actualmente, la European Society of Hypertension (ESH) y la European Society of Cardiology (ESC)³ resaltan la importancia que tiene realizar una valoración adecuada de ésta en el paciente hipertenso, y analizar no sólo el valor de la creatinina sérica, que puede llevar a infravalorar la prevalencia de enfermedad renal crónica, especialmente en ancianos⁴, sino también el valor de la microalbuminuria y de la TFG. En la guía de la ESH y la ESC de 2007³ se recomienda la determinación de microalbuminuria para valorar la presencia de lesión orgánica^{5–7} y como predictor de episodios cardiovasculares futuros^{8–10}, ya que su detección mediante el índice albúmina/creatinina es sencilla y poco costosa. Asimismo, también recomienda estimar la función renal utilizando la TFG estimada mediante fórmulas matemáticas^{11,12} para poder determinar la presencia de lesión orgánica subclínica o nefropatía establecida de forma adecuada en el paciente hipertenso.

A pesar de las recomendaciones de las sociedades científicas^{3,13} sobre la necesidad de realizar sistemáticamente una valoración adecuada de la función renal en el paciente hipertenso, sigue siendo habitual realizar la valoración renal únicamente con los valores de creatinina sérica, parámetro que puede experimentar cambios significativos en función de la edad y la masa muscular de los pacientes². Sobre la base de nuestros conocimientos, no existen trabajos que realicen una valoración completa de la función renal en pacientes hipertensos de nuevo diagnóstico y es plausible hipotetizar que la proporción de los que tienen afectación renal no diagnosticada sea alta ($\geq 20\%$).

Los objetivos del presente estudio han sido estimar la prevalencia de afectación renal en pacientes hipertensos de nuevo diagnóstico en el ámbito de atención primaria, valorar la existencia de lesión orgánica subclínica o nefropatía establecida según los criterios determinados por la guía de la ESH y la ESC³, e identificar los factores relacionados con ésta, así como las características diferenciales entre pacientes con enfermedad renal y sin ella.

Material y métodos

Diseño y ámbito del estudio: estudio descriptivo transversal realizado en el ámbito de la atención primaria.

Población de estudio: los participantes procedían de 2 centros de salud que atienden a una población de 46.000 habitantes. Se

incluyó de forma consecutiva, desde diciembre de 2005 a junio de 2008, a todos los pacientes con diagnóstico reciente de hipertensión arterial, realizado en la consultas de los médicos de familia, y se siguieron las recomendaciones, tanto en el número de tomas como en las condiciones de realización de la guía de la ESH y la ESC³.

Los criterios de inclusión fueron edad entre 30–80 años, hipertensión clínica de reciente diagnóstico y tener realizada una valoración completa del riesgo cardiovascular según la guía de la ESH y la ESC de 2007³. Un comité ético de investigación clínica independiente del Hospital Universitario de Salamanca aprobó el protocolo, y todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

De los 561 pacientes seleccionados de forma consecutiva, se excluyó a 40 pacientes por habérselos diagnosticado con más de un año de antelación, a 21 pacientes por estar fuera del rango de edad establecido y a 75 pacientes por no tener completada la evaluación de riesgo cardiovascular según la guía de la ESH y la ESC de 2007³.

El tamaño muestral que se precisa para conocer la frecuencia de afectación renal en hipertensos de nuevo diagnóstico, con un riesgo alfa de 0,05, para una precisión de $\pm 0,04$ unidades porcentuales en un contraste bilateral y una proporción de lesión renal estimada de 0,2¹⁴, es de 385 sujetos.

Variables analizadas: edad, sexo, antecedentes familiares de enfermedad vascular prematura y personales de tabaquismo, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca.

Las pruebas analíticas realizadas fueron perfil lipídico completo, glucemia, creatinina, índice albúmina/creatinina y hemoglobina glucosilada en diabéticos. Las exploraciones realizadas fueron peso, talla, determinación de presión arterial, circunferencia de la cintura, ECG, ecografía carotídea, índice tobillo/brazo (ITB) y retinografía.

Los datos sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se recogieron del interrogatorio del paciente y de la historia clínica; dos profesionales de enfermería realizaron la analítica y todas las exploraciones, con excepción de la ecografía carotídea.

Técnicas de medición: el peso se valora como media de 2 determinaciones realizadas con balanza Seca 770 homologada, con el individuo descalzo y en ropa ligera. Las lecturas se redondearon a 100 g. La talla se determinó como la media de 2 mediciones con tallímetro de pared Seca 222, sin calzado, en posición erecta, y se midió hasta el milímetro más próximo. Índice de masa corporal (IMC): peso (kg)/talla (m²). La circunferencia de cintura se determinó con una cinta métrica flexible, milimetrada, con el paciente en bipedestación sin ropa. Se localizó el borde superior de las crestas ilíacas y, por encima de ese punto, se rodeó la cintura con la cinta métrica paralela al suelo; se aseguró de que estuviera ajustada, pero sin comprimir la piel. La lectura se realizó al final de una espiración normal, siguiendo las recomendaciones del Consenso de SEEDO 2007¹⁵. La medida de presión arterial clínica se obtuvo realizando 3 mediciones de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD); se utilizó la media de las 2 últimas, con un esfigmógrafo modelo Omron M7 validado y de acuerdo con las recomendaciones de la ESH¹⁶.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3798930>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3798930>

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