

Anexo. Normas prácticas para el tratamiento clínico del enfermo con hipertensión arterial y nefropatía diabética

En la figura 9 del capítulo 5 y en las figuras 2 y 3 del capítulo 6 se han incluido unos algoritmos para simplificar el tratamiento clínico de estos enfermos, y especialmente el de los ancianos.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Las *cifras diana de la presión arterial (PA)* en estos enfermos varían según el grado de proteinuria inicial, la función renal y la valoración funcional (esto último en los ancianos).

A) Cuando el objetivo terapéutico es el control de la progresión de la enfermedad, las guías de práctica clínica recomiendan:

- PA < 130/80 mmHg con buena situación funcional y proteinuria < 1 g /24 h.
- PA < 125/75 mmHg con buena situación funcional y proteinuria > 1 g /24 h.

B) Cuando el objetivo clínico se limita a mantener el bienestar del enfermo mayor:

- PA < 150/90 mmHg cuando la situación funcional no es buena, sin relación con el grado de proteinuria. Por la esclerosis vascular y la comorbilidad algunos ancianos toleran mal cifras bajas de PA.

FÁRMACOS DE PRIMERA ELECCIÓN

En diversos capítulos de esta monografía se ha demostrado los motivos por los que las guías de práctica clínica recomiendan los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) como fármacos de primera elección en el tratamiento de la hipertensión arterial en enfermos con nefropatía diabética.

Además del efecto hipotensor, actúan favorablemente sobre la proteinuria (capítulo 4), retardan la progresión de la nefropatía (capítulo 5), tienen efecto protector sobre los eventos cardiovasculares (capítulo 2) y algunos de ellos, como el telmisartán, por efecto pleiotrópico (capítulo 3) similar a las glitazonas, tienen efecto favorable sobre el metabolismo de los hidratos de carbono.

El doble bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosteron (SRAA) está especialmente indicado en la situación clínica que nos ocupa.

CONTROL DE LA FUNCIÓN RENAL E HIPERPOTAEMIA

A pesar del efecto favorable del bloqueo del SRAA para la evolución de la insuficiencia renal se debe, no obstante, vigilar periódicamente la función renal y la hiperpotasemia por si hubiera que modificar las dosis o sustituir estos fármacos por otro grupo de hipotensores.

OTROS HIPOTENSORES

Cuando la intolerancia farmacológica, la progresión de la insuficiencia renal o la hiperpotasemia interfieren con el tratamiento con los inhibidores del SRAA, deben emplearse otros grupos de fármacos, como los diuréticos, los antagonistas del calcio y los bloqueadores alfa o beta.

Los diuréticos son los primeros que se deben incluir, y en la insuficiencia renal avanzada son electivos los diuréticos del asa.

Estos mismos fármacos son a veces necesarios como asociados con los IECA/ARA-II cuando no se alcanzan las cifras diana de PA. La elección del fármaco debe estar condicionada según la enfermedad subyacente y la tolerancia.

TRATAMIENTO INTEGRAL

Hemos observado que el enfermo hipertenso con nefropatía diabética tiene un alto riesgo de eventos cardiovasculares. El tratamiento de este enfermo debe incluir:

- El control de sus otras enfermedades, especialmente la diabetes y la insuficiencia renal.
- Realizar un estricto control de todos los factores clásicos de riesgo cardiovascular, especialmente lípidos, obesidad y sedentarismo, y los relacionados con el síndrome metabólico.
- La práctica de hábitos de vida saludables con una dieta adecuada, la abstención de tabaco, el ejercicio físico reglado, etc.

Aunque no está directamente demostrado, es posible, por su alto riesgo, que se beneficien también de antiagregación como prevención primaria.