

Hipertensión arterial en hemodiálisis.

Valoración terapéutica

A. Robledo, M. Martínez, L. Romero, R. Pérez, L. Hernández, I. Bernardo

La arteriosclerosis acelerada es una causa importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes con Insuficiencia renal crónica en un programa de hemodiálisis periódica. La Hipertensión arterial se considera una de las causas más importantes que contribuyen a su desarrollo.

La Hipertensión arterial es muy frecuente en pacientes con Insuficiencia renal, y su gravedad y dificultad de control empeora al ir progresando la insuficiencia renal.

La prevalencia de la HTA oscila en torno al 40% en pacientes con enfermedad renal y aumenta hasta un 85% en fases terminales.

Está descrito que en la mayoría de los pacientes con Insuficiencia renal terminal la TA se normaliza tras instaurar tratamiento con hemodiálisis con ultrafiltración adecuada (HTA volumen dependiente) En una minoría la HTA no mejora e incluso puede empeorar con la ultrafiltración (HTA dependiente de mecanismos hormonales: RENINA) En otros el mecanismo puede ser MIXTO.

OBJETIVOS

Valorar el control de HTA en nuestra Unidad de HD, así como las necesidades terapéuticas y la incidencia de efectos secundarios y aplicaciones relacionadas con la propia HTA y con la medicación utilizada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Valoramos retrospectivamente el control de la TA en HD y la evolución de las necesidades terapéuticas en 43 pacientes en programa de Hemodiálisis periódicas, con una edad media de $58,186 \pm 12,53$ años (23-79 años de rango) y con un tiempo medio de estancia en Diálisis de $46,67$ meses $\pm 40,4$ (3-13,2 meses)

RESULTADOS

- Un 83,72% de los pacientes presentaban HTA subsidiaria de tratamiento farmacológico antes de su entrada en HD (28,5% GNC; 35,7% no tratamiento farmacológico; 11,9 enfermos de poliquistosis; 4,7% HTA primaria; 11,9% no filiada; 7,14% D.M.)
- De estos un 62,7% seguirán requiriendo tratamiento farmacológico tras su entrada en programa de HD, mientras que un 37% normalizarán sus cifras tensionales con la UFR.
- En los pacientes que requieren tratamiento farmacológico un 39,5% disminuyó sus necesidades a lo largo de su evolución en HD, un 20,93% aumentó sus necesidades de tratamiento fisiológico en algún momento de la evolución, manteniéndose el mismo tratamiento en un 18% de los pacientes.
- Del total de pacientes en HD la HTA se controló aceptablemente (cifras pre HD $> 160 / 90$) en un 97,67% se controló exclusivamente con UFR.
- Un 44% necesitó la adición de un fármaco.
- Un 11,62% requirió dos fármacos.
- Y en un caso se utilizaron tres fármacos o más para intentar un control razonable de la HTA.

Los fármacos utilizados fueron en un 25% inhibidores de la enzima de conversión (Captopril o Erolopril) como monoterapia; en un 30% Antagonistas de Calcio (fundamentalmente Nifedipina) como monoterapia, en un 25% asociación de un inhibidor de ECA o A del Calcio, y en un 20% B-bloqueantes sólo o asociados a Hidracida.

- No se presentan efectos secundarios que obligan a retirar la medicación elegida en primera opción. No existió relación entre el control de la TA y la edad ni etiología de la IRC.
- La actividad de Renina plasmática y Aldosterona plasmática se encontraron elevadas en el 57% de los pacientes en que se determinó, y suprimida o baja en el 43%; la elevación de la ARP no se relacionó con mejor respuesta hipotensora de la ECA, tampoco se encontró correlación negativa con el tratamiento de estancia en HD; sólo se encontró correlación negativa de aumento de ARP en la diuresis residual.
- Antes de su entrada en programa de HD, en un 40,47% de pacientes representaban repercusión cardíaca (alta en ECG ó ECO cardiograma) fundamentalmente HTC VT y/o disminución de la compliance (82,35%); estas alteraciones se encontraron en un 45,32% no existiendo un aumento significativo de la frecuencia de su aparición.
- Un 46,5% de pacientes presentaron complicaciones cardiovasculares a lo largo de su estancia en HD (20% cardiopatía isquémica, 65% IC, 15 ACVA) Se observó correlación significativa entre la HTA y la aparición de la C. Isquémica y ACVA; no encontrándose ($P < 0,05$), dicha significación entre HTA e IC.
- Un 67,44% presentaron hipotensiones sintomáticas durante la HD. No existió relación entre la incidencia de Hipotensión y el incremento de peso interdiálisis, ni el tratamiento farmacológico utilizado, encontrándose sólo relación significativa con la edad ($P < 0,01$)
- Un 37,20% de pacientes comenzaron un tratamiento con EPO, de éstos un 46,66% presentaron peor control de su TA requiriendo aumento de tratamiento farmacológico, el empeoramiento del control de la TA tras EPO fue estadísticamente significativo ($P < 0,01$)

CONCLUSIONES

La HTA se controla en el 97% de los casos en HD con VFR y/o tratamiento farmacológico asociado.

- El control se realiza frecuentemente en sueroterapia a dosis aproximadas o más bajas que en pacientes que no estaban en HD.
- No existen efectos secundarios reversibles atribuibles al tratamiento utilizado.
- La HTA controlada influye en la morbilidad CV (C. isquémica y ACVA)
- LA EPO empeora el control de la HTA, siendo corregido este tratamiento fácilmente con el aumento del tratamiento farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. CAMPESE V.M. Hipertensión en la insuficiencia renal crónica y en receptores de trasplante. En Insuficiencia renal crónica. Diálisis y trasplante Renal. Eds. F. Llach y F. Valderrábano.
2. MACIAS J.F., MARTINEZ MALDONADO M. Hipertensión en Geriatria. Eds. Jarpyo. 1989.
3. MARTINEZ AMENOS A. Presente y futuro del tratamiento hipotensor en hemodiálisis. Nefrología. 1990, 136-138.
4. GREENS E., RAIG L. The role of cardiovascular risk factors in uremia and hemodialysis patients. Nefrología. 1990. 133-135.