



El doctor Josep Redón, presidente de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial y Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Valencia participa en la reunión internacional que, sobre Óxido Nítrico, organizan la propia SEH-LLEHA y Área Científica Menarini en Barcelona. El doctor Redón analiza a continuación la relación entre presión ambulatoria nocturna y la lesión del órgano diana, los mecanismos que influyen en las alteraciones renales derivadas de la HTA, las recomendaciones para la prevención de la lesión arterial y medidas terapéuticas.

“Cada vez hay más datos que demuestran la relación entre HTA e insuficiencia renal crónica a largo plazo”

Pregunta.-¿Qué relación existe entre la presión ambulatoria nocturna y la lesión de órgano diana?

Dr. Redón.-*Desde que podemos tener acceso a medir la presión arterial en gran número de pacientes fuera de las consultas, conocemos una serie de aspectos que antes no teníamos claro respecto a la importancia de la presión arterial y su influencia en las lesiones en los llamados órganos diana, especialmente el cerebro, el corazón, el riñón y los vasos. Tenemos hoy en día muchas evidencias de que aquellos pacientes a los que durante la noche no les baja la presión arterial en una proporción adecuada, que suele ser a niveles aproximadamente de un 10 por ciento respecto a los niveles que se tienen de día, desarrollan más lesión. Esto está realmente comprobado para el desarrollo de lesiones cardíacas y en los últimos años también se ha comprobado para el desarrollo de lesiones renales. Si hay un colectivo en el que estas lesiones, esta presión arterial nocturna tienen especial significación, son los pacientes con diabetes mellitus. Los pacientes diabéticos tienen con mucha mayor frecuencia que los hipertensos no diabéticos una menor caída de los niveles de presión arterial por la noche.*

Diversos estudios han demostrado que la persistencia de niveles altos durante la noche lleva indefectiblemente a que la progresión especialmente del daño en el riñón de estos pacientes sea mucho mayor que en los pacientes en los cuáles la caída de presión es normal. Si el trastorno de que no se reduzca la presión arterial de manera adecuada es una causa del daño que se produce o

acompaña a veces al daño en algunas situaciones aún está por dilucidar. Pero las evidencias apuntan a que la persistencia durante las 24 horas, especialmente en este caso durante la noche, de la presión arterial elevada, lleva a que se produzca una mayor evolución en el daño orgánico.

P.-¿Cuáles son los mecanismos que influyen en las alteraciones renales derivadas de la HTA?

Dr. J.R.- *La relación entre hipertensión y riñón se conoce desde hace muchísimos años. Lo que siempre ha estado en duda es si la hipertensión era producida por una lesión del riñón o si era la hipertensión la que producía la lesión renal. Cada vez se tienen más datos de que la hipertensión arterial es un factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia renal crónica a largo plazo. Si antes no se había detectado es porque los pacientes realmente morían por complicaciones cardiovasculares o cerebrovasculares antes de llegar a desarrollar la lesión renal. Pero hoy en día que cada vez la protección de estos órganos es mayor, aparece el riñón como un elemento determinante. Y tan es así que datos de función renal como pueden ser los niveles de creatinina o la secreción urinaria de albúmina en pequeñas cantidades, la microalbuminuria, son unos excelentes marcadores pronóstico no ya de que el riñón vaya a ir mal sino de que haya más complicaciones cardiovasculares. De manera que, hoy en día, aquellos pacientes en los cuales vemos incrementos, aunque sean pequeños, de los niveles de creatinina o incrementos de la secreción urinaria de albúmina en el rango de microalbuminuria, el pronóstico cardiovascular es mucho peor. Todas aquellas medidas que demuestren efectividad a la hora de reducir la progresión del daño a nivel del riñón están también actuando, haciendo protección de todo el árbol vascular.*

P.-¿Qué recomendaciones plantearía para la prevención de la lesión arterial?

Dr. J.R.- *Las recomendaciones son inicialmente dobles. Por una parte, bajar los niveles de presión arterial a los niveles adecuados. Cuanto más se reduzca la presión arterial, mayor protección se puede obtener. El segundo aspecto de gran trascendencia es que, al mismo tiempo que la hipertensión, hay que tratar conjuntamente el resto de factores de riesgo cardiovascular. Hay que ver si el paciente tiene dislipidemia o no, si tiene alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, diabetes por supuesto, glucemia normal en ayunas o resistencia a la insulina, y actuar sobre otros de los factores que también deben tenerse siempre en consideración en el daño vascular como es el tabaco.*

P.-¿Qué medidas terapéuticas considera más adecuadas para reducir la lesión de órganos diana a largo plazo?

Dr. J.R.- *Trasladando lo que decía anteriormente, tenemos que actuar tanto sobre la hemodinámica reduciendo los niveles de presión como al mismo tiempo sobre los diferentes factores de riesgo cardiovascular. Pero también nos queda un tercer elemento que cada vez tiene más trascendencia, que es buscar aquellos fármacos que puedan tener una acción que mejore el funcionalismo a nivel de la pared arterial. Aquellos fármacos que reduzcan la inflamación, aquellos fármacos que incrementen la liberación de óxido nítrico a*

nivel de la pared, sin duda alguna van a aportar algo más que la simple reducción de los niveles de presión arterial. Por lo tanto, debemos tener en cuenta estos aspectos a la hora de la planificación terapéutica. La detección precoz, por supuesto, hace que las actuaciones sean lo más efectivas posibles.

Por cortesía de :



LABORATORIOS MENARINI S.A.
C/ Alfons XII, 587, E-08918 Badalona (Barcelona)
Tel. 93 462 88 00 – Fax. 93 462 88 20
e-mail: info@menarini.es