

Descenso de la presión arterial: ¿Hasta cuanto bajarla en la Enfermedad Renal Crónica?

Dr. Rodolfo Daniel La Greca

Subjefe del Servicio de Cardiología del Hospital Churrucá Visca y Jefe de la Sección de Hipertensión Arterial.

Dr. Martín H. Koretzky

Médico cardiólogo de Santa María de la Salud y de Fleni. Director médico de Glenny Corp SA, Centro de Investigación Clínica. Miembro del Consejo Asesor del Consejo Argentino de Hipertensión Arterial.

A favor de <140/90 mmHg: Dr. Rodolfo D. La Greca
Podemos comenzar por lo que está absolutamente claro hoy sobre el tema:

- El control de la presión arterial (PA) con medicamentos antihipertensivos sigue siendo el tratamiento principal para los pacientes con hipertensión arterial (HTA) con o sin enfermedad renal crónica (ERC).
- Existe una amplia evidencia que respalda que la reducción intensiva de la PA en pacientes hipertensos reduce los riesgos de mortalidad total y cardiovascular, accidente cerebrovascular y eventos cardiovasculares.
- La evidencia de que la reducción intensiva de la PA mejora los resultados renales en pacientes con o sin ERC, diabéticos y no diabéticos, sigue siendo inconsistente y conflictiva.

Cuando se terminaron de analizar los datos de los estudios de intervención intensiva sobre la PA <120 mmHg vs un control estándar de <140 mmHg, tanto en el sub estudio del SPRINT, que incluyó 2.646 pacientes no diabéticos con ERC, como en el estudio ACCORD BP, con pacientes diabéticos, se observó en ambos una curva en "U" para resultados renales con el control intensivo de la PA, inclusive con un riesgo de reducción del 30% en la tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) en los pacientes no diabéticos sin ERC. En otro gran estudio retrospectivo de cohorte que incluyó a 398.419 pacientes hipertensos tratados (el 30% con diabetes), se demostró que no disminuye el riesgo de ERC terminal y mortalidad por debajo una media de 137 y 71 mmHg de PA sistólica y diastólica respectivamente, con un claro incremento de la mortalidad con valores de PA sistólica <120 mmHg. Es por ello, que los objetivos de PA para los pacientes con ERC no se encuentran firmemente aclarados.

La evidencia actual indica que, en pacientes con ERC, la PA se debe reducir a <140/90 mmHg y tendiente a 130/80 mmHg. Considero que la PA sistólica objetivo recomendada por las recientes guías KDIGO de <120 mmHg para la ERC es inapropiada en la mayoría de los pacientes con esta patología, e incluso puede ser perjudicial para los pacientes tratados en la práctica clínica habitual, pues esta meta de presión expondrá a los pacientes frágiles y multimórbidos a efectos adversos.

Debido a que la reducción de la PA disminuye la presión de perfusión renal, la TFGe de los pacientes tratados para la HTA puede bajar entre un 10-20%. Por ello, es esencial la monitorización de los electrolitos sanguíneos y la TFGe, aunque la disminución anticipada al inicio del tratamiento no deber ser motivo de alarma. Esta disminución ocurre en las primeras semanas de tratamiento y después se estabiliza. Si la disminución de la TFGe continúa o se agrava ($\geq 30\%$), es preciso suspender el tratamiento y examinar al paciente para determinar si hay enfermedad renovascular. Los médicos deben tener cuidado al enfocarse en la disminución intensiva de la PA, tratando de disminuir los eventos cardiovasculares, pues desde el punto de vista de la ERC la menor presión arterial no siempre es mejor.

A favor de <120/80 mmHg: Dr. Martín H. Koretzky

La HTA es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular y renal y contribuye a la progresión de la insuficiencia renal (IR). La ERC estadio III se asocia a alto riesgo cardiovascular, por lo que un control meticuloso de la PA resulta fundamental. La guía KDIGO 2021, sugiere que el objetivo de PA en adultos es <120/80 mmHg, si lo tolera, tomado en forma estandarizada (guiada por un protocolo con personal entrenado), en pacientes con IR e HTA, que no sean transplantados ni en diálisis. Esto se basa en los efectos cardioprotectores, de sobrevida y su potencial beneficio cognitivo, como lo demostró el Estudio SPRINT. El nivel de recomendación es 2B (débil) debido a que se basa en un único estudio. Todos los estudios que compararon objetivos de PA intensivos (<120 mmHg) vs estándar (<140 mmHg), demostraron los claros beneficios CV, independientemente del grado de IR, sin beneficios renoprotectores. Los efectos renoprotectores se vieron en pacientes con >160 mmHg y <140 mmHg.

El objetivo de PA sistólica <120 mmHg sería para la mayoría de los pacientes, incluyendo los añosos y frágiles, si lo toleran, pero hay un subgrupo de pacientes en quienes la evidencia es más incierta,



como los diabéticos, lo que tienen IR grado 4-5, proteinuria > 1g por día, los que tienen PA basal entre 120-129 mmHg, los <50 y los >90 años, los que tienen HTA guardapolvo blanco y los HTA severos.

En el Estudio SPRINT, 2.646 pacientes componían el grupo de ERC, con un filtrado glomerular promedio de 47.9 ml/min/m² y una relación alb/creat de 80.6 mg/g, una PA de inicio de 139.2/74.9 mmHg. El grupo intensivo recibió un promedio de 3 vs 2 fármacos en el grupo estándar y los valores de PA fueron 123 vs 135 mmHg respectivamente. El estudio fue detenido a los 3.26 años y el evento primario en la rama intensiva fue de 2.68%/año vs 3.19%/año en el brazo estándar (RR=0.81; IC 95%: 0.63-1.05). Con respecto a la mortalidad por todas las causas, el grupo intensivo se registró una tasa de 1.61%/año vs 2.21%/año en el grupo estándar (RR=0.72; IC 95%: 0.53-0.99). En el subgrupo de pacientes >75 años con ERC, el punto final cardiovascular se redujo un 36% (RR=0.64; IC 95%: 0.45-0.92) mientras que la mortalidad por todas las causas la reducción fue de 34% (RR=0.66, IC 95%: 0.49-0.90). El grupo intensivo tuvo más riesgo de hipokalemia (RR=1.87; IC 95%: 1.02-3.43), hiperkalemia (RR=1.36; IC 95%: 1.01-1.82) y de IR aguda (RR=1.46; IC 95%: 1.10-1.95). El NNT a 4 años para prevenir el evento primario, mortalidad por todas las causas y mortalidad cardiovascular fue de 66, 28 y 61 respectivamente y el NND para IR aguda, hipokalemia e hiperkalemia fue de 35, 131 y 41 respectivamente.

Como conclusión, aún faltan más estudios a largo plazo pero con la evidencia actual del SPRINT podemos decir que en pacientes con ERC e HTA, los objetivos de PA deberían ser más agresivos, en quienes lo toleren, para disminuir los eventos cardiovasculares, mortalidad por todas las causas y trastornos cognitivos, no así la nefroprotección.

Lecturas recomendadas

Sim JJ, Shi J, Kovesdy CP, et al. Impact of achieved blood pressures on mortality risk and end-stage renal disease among a large, diverse hypertension population. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:588-597.

Panagiotis J, Agarwal R. Hypertension in Chronic Kidney Disease (CKD): Diagnosis, Classification, and Therapeutic Targets. *Am J Hypertens* 2021;34(4):318-326.

Wang L, Pezeshkian K, Rayamajhi S, et al. Relationship between blood pressure and kidney diseases in large randomized controlled trials: secondary analyses using SPRINT and ACCORD-BP trials. *J Human Hypertens* 2021;35:859-869.

Cheung AK, Chang TI, Cushman WC, et al. Executive summary of the KDIGO 2021 Clinical Practice Guidelines for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney International* 2021;99:559-569.

Hu AH, Chang TI. SPRINT-A Kidney Centric Narrative Review. *Hypertension* 2021;78:946-954.

Dasgupta I, Zoccali C. Is the KDIGO Systolic Blood Pressure Target <120 mmHg for Chronic Kidney Disease Appropriate in Routine Clinical Practice?. *Hypertension* 2022;79:4-11.

