

# Uso de inhibidores de Enzima de Conversión de Angiotensina o Antagonistas del Receptor de Angiotensina II en pacientes hipertensos con albuminuria.

**Dr. Plinio Darío Casola**

Médico Clínico. Jefe de Departamento de Clínica Médica, Hospital de Alta Complejidad Juan D. Perón. Formosa.  
Miembro del Distrito NEA de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial.

## Comentario del artículo:

*Chu CD, Powe NR, McCulloch CE, et al. Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker Use Among Hypertensive US Adults With Albuminuria. Hypertension 2021;77(1):94-102.-*

La albúmina es una proteína producida por el hígado, con una vida media de 28 días, y refleja nuestro estado nutricional.- En condiciones normales, el glomérulo es impermeable a la albúmina (PM:65.000 Da), y por lo tanto se halla en orina en cantidades mínimas. Los niveles altos de albúmina en orina, albuminuria, reflejan un estado fisiopatológico subyacente.

Los niveles de albuminuria entre 30 y 300 mg/día, se definen como albuminuria alta (antes microalbuminuria) y superiores a 300 mg/día como muy alta (antes macroalbuminuria). Los niveles por encima de 30 mg/día reflejan una inflamación subyacente, que puede ser producida por distintas patologías. Los niveles mayores a 300 mg/día, indican presencia de nefropatía y mayor inflamación.

La albuminuria tiene un fuerte valor predictivo para enfermedades cardiovasculares, progresión de enfermedad renal crónica y muerte, independientemente de la causa que le da origen y del valor del filtrado glomerular. Los inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) y los antagonistas del receptor AT<sub>1</sub> (ARA-II), son los pilares en el tratamiento de la albuminuria, porque han demostrado que retrasan la progresión de la enfermedad renal y reducen el riesgo cardiovascular. Las guías JNC y posteriormente las ACC/AHA han recomendado desde hace casi 2 décadas el uso de estos medicamentos para el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) en pacientes con albuminuria, específicamente el JNC 7 en 2003, recomienda el uso de estas drogas cuando la relación albúmina urinaria/creatinina (UACR) es mayor a 200 mg/g, el JNC 8 cuando es mayor a 30 mg/g, y las guías ACC/AHA de 2017 mayor a 300 mg/g. La adherencia a estas guías, implica que a los pacientes con HTA se debería pedir UACR para decidir el tratamiento.

Los objetivos de este estudio fueron evaluar la prevalencia y tendencia del tratamiento con IECA/ARA-II en pacientes participantes del NHANES hipertensos con albuminuria, con y sin diabetes, desde el JNC 7 hasta el ACC/AHA.

Un total de 20.538 pacientes fueron incluidos en los

estudios analíticos poblacionales. La prevalencia de UACR fue de 2.8% en el NHANES 2001-2006 y hasta 3.4% en el 2013-2018. La presión arterial sistólica fue significativamente más alta en adultos con > 300 mg/g que aquellos con UACR < 300 mg/g (149 mmHg vs 133 mmHg sin diabetes, 150 mmHg vs 132 mmHg con diabetes). Un 52% de los pacientes con UACR mayor de 300 mg/g estaban tomando 2 o más drogas, aunque un 25% no tomaba ninguna. Aproximadamente la mitad de las personas con UACR mayor a 300 mg/g, tenía un filtrado glomerular mayor a 60 ml/min por 1.73 mts<sup>2</sup>.

Desde el 2001 hasta 2018, el porcentaje de utilización de IECA o ARA II en pacientes con UACR > 300 mg/g permaneció estable (43,6%: 2001-2006; 53,3%: 2007-2012 y 47,5%: 2013-2018).

Se demostró una subutilización de estas drogas en hipertensos con albuminuria, alrededor del 53.5% no reciben IECA o ARA II, a pesar de la recomendación desde hace casi 20 años. En estudios previos del año 2016, se demostró que en pacientes de Medicare sin diabetes, se testeó albuminuria solo al 6.6%.

Uno de los motivos podría ser que en las guías figura a modo de consejo el pedido de UACR, y no se aclara con que intervalo de tiempo hay que repetirlo, muy distinto a la Asociación Americana de Diabetes, que enfatiza y difunde ampliamente la realización de esta determinación, y aconseja su repetición anualmente, siendo evaluado como un estándar de calidad en la atención médica.

## Lecturas recomendadas

- Chang AR, Kramer H, Wei G, et al. Effects of Intensive Blood Pressure Control in Patients with and without Albuminuria. Post Hoc Analyses from SPRINT. Clin J Am Soc Nephrol 2020;15(8):1121-1128..
- Vaduganathan M, Pareek M, Kristensen AMD, et al. Prevention of heart failure events with intensive versus standard blood pressure lowering across the spectrum of kidney function and albuminuria: a SPRINT substudy. Eur J Heart Fail. 2021;23(3):384-392.
- Souweine JS, Corbel A, Rigotherier C, et al. Interest of albuminuria in nephrology, diabetology and as a marker cardiovascular risk. Ann Biol Clin. 2019;77(1):26-35.

