

cio de dicho consumo sobre el riesgo cardiovascular en sujetos de mediana edad.

Este subestudio del ARIC aporta argumentos a favor de recomendar el consumo moderado de alcohol (y muy especialmente vino) en sujetos de edad intermedia con riesgo cardiovascular elevado, puesto que este riesgo parece reducirse intensamente en un tiempo relativamente corto. Por supuesto esta recomendación no puede ser indiscriminada. Debería considerarse de forma cuidadosamente individualizada y, obviamente, nunca en sujetos con historia de alcoholismo, depresión, úlcus gastroduodenal y otras patologías susceptibles de empeorar con el consumo de alcohol.

Todos los fármacos tienen efectos indeseables y no por ello dejamos de utilizarlos. No podemos exigirles una seguridad absoluta, sino un cociente beneficio/riesgo adecuado. Tal vez esté llegando el momento de considerar de igual manera el consumo moderado de alcohol, aunque deseáramos disponer de estudios aleatorizados, con una estimación objetiva del consumo de alcohol y un tiempo de seguimiento más prolongado.

Javier Martínez

Cribado de microalbuminuria en pacientes con hipertensión: recomendaciones para la práctica clínica

Microalbuminuria Screening in Patients With Hypertension: Recommendations for Clinical Practice

Volpe M. *Int J Clin Pract.* 2008;62:97-108.

Introducción: Las correlaciones entre las patologías renal y cardiovascular (CV) están bien caracterizadas en la enfermedad renal o cardíaca avanzada, pero están definidas con menos claridad en las fases incipientes. La microalbuminuria, además de ser un signo precoz de daño renal, se encuentra con frecuencia en los pacientes con hipertensión esencial, lo que sugiere que puede reflejar alteraciones vasculares incipientes.

Evidencias en la literatura: Los estudios publicados han mostrado que incluso valores muy bajos de microalbuminuria correlacionan fuertemente con el riesgo CV: tasas de excreción de albúmina tan bajas como 4,8 mg/min, muy por debajo del umbral de microalbuminuria definido en las actuales guías de práctica clínica, se asocian con un riesgo aumentado de enfermedad CV y cerebrovascular, independientemente de la presencia de otros factores de riesgo. La presencia de microalbuminuria es un indicador de disfunción endotelial y del desarrollo de arterioesclerosis, y predice daño de órga-

nos diana, episodios cardio o cerebrovasculares y muerte.

Aspectos clínicos: Disponemos de tests para el cribado de la microalbuminuria que son sensibles, fiables y accesibles. Las actuales guías de práctica clínica europeas y norteamericanas recomiendan el cribado anual en los pacientes diabéticos, y donde sea posible también en los hipertensos no diabéticos. La identificación precoz de los pacientes de alto riesgo a través de la detección de la microalbuminuria permite la instauración de un tratamiento agresivo con la finalidad de retardar la progresión de la enfermedad.

Implicaciones terapéuticas: Para el tratamiento de los pacientes hipertensos con microalbuminuria se recomiendan los agentes antihipertensivos bloqueadores de la angiotensina II, independientemente de la presencia de diabetes y/o nefropatía incipiente o manifiesta. El tratamiento con bloqueadores del receptor de la angiotensina II proporciona una reducción efectiva de la microalbuminuria y de la presión arterial, así como una prevención a largo plazo de los episodios CV más allá de la reducción de la presión arterial. Además, los estudios farmacoeconómicos han demostrado que estos beneficios a largo plazo resultan en una carga sustancialmente inferior para los recursos del sistema sanitario.

COMENTARIO

Desde la introducción de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) en la terapia antihipertensiva hace 2 décadas, se ha generalizado el cribado de la microalbuminuria en los pacientes diabéticos y ha mejorado su tratamiento terapéutico, pero no se ha generalizado el cribado y tratamiento en los pacientes hipertensos o de alto riesgo cardiovascular no diabéticos. Un sondeo reciente demuestra que los conocimientos y actitudes sobre microalbuminuria de gran parte de la clase médica necesitan una puesta al día. La mayoría de los participantes consideró que: a) su cribado está indicado en los pacientes con diabetes (y tal vez en nefropatías específicas) pero no en otras situaciones de riesgo cardiovascular; b) que los valores de albuminuria inferiores a 20 mg/min (o 30 mg/día) son normales y no se asocian a riesgo cardiovascular aumentado, y c) que el interés fundamental del cribado es prevenir la progresión de la nefropatía, pero no los episodios cardiovasculares.

De aquí la importancia del excelente artículo publicado por el profesor Massimo Volpe de la Universidad de Roma en el número de enero de 2008 de *International Journal of Clinical Practice*. Se trata de una revisión sucinta y amena (pero no exhaustiva) de las principales evidencias disponibles sobre las conexiones entre microalbuminuria, hipertensión y enfermedad cardiovascular, con énfasis en los aspectos prácticos diagnósticos (uso de la microalbuminuria como un marcador sensible y precoz del daño vascular) y terapéuticos (revisión de la evidencia disponible para la óptima selección del tratamiento). Aporta datos muy sólidos a favor de la generalización del cribado y tratamiento de la microalbuminuria en pacientes no dia-

béticos con hipertensión o riesgo cardiovascular elevado. En efecto, la microalbuminuria es muy frecuente en los pacientes hipertensos esenciales (especialmente los peor controlados) con prevalencias de entre el 30 y el 40%, comparables a las observadas en pacientes diabéticos; también se observan prevalencias elevadas en otros grupos de riesgo como los obesos, los fumadores, los hipercolesterolémicos, los pacientes con síndrome metabólico, PCR elevada, hipertrofia ventricular izquierda y fallo ventricular izquierdo. Por otra parte, la microalbuminuria no es sólo el marcador de un daño renal incipiente que nos advierte de una posible progresión a una nefropatía clínica; es fundamentalmente un marcador de disfunción endotelial, inflamación y oxidación crónica, daño vascular y arterioesclerosis acelerada, y ha demostrado ser un potente predictor de episodios cardiovasculares y de muerte. El umbral convencional para la microalbuminuria (20 mg/min) se estableció basándose en la media aritmética más 2 desviaciones estándar en una población supuestamente sana, pero la evidencia acumulada demuestra que es un valor excesivamente elevado; existe un aumento continuo de riesgo (tanto cardiovascular como renal) a partir de valores mucho más bajos, y no deberíamos considerar normales los valores superiores a 5 mg/min.

Por último, el profesor Volpe revisa la evidencia disponible sobre el tratamiento de la microalbuminuria, con énfasis sobre los fármacos antihipertensivos. Existe un enorme número de ensayos sobre la evolución de la nefropatía, y en general los descensos tensionales siempre se asocian con evolución más favorable, pero los bloqueantes del sistema renina-angiotensina muestran un valor añadido. Por otra parte, grandes ensayos como LIFE han demostrado que el control de la albuminuria mediante bloqueo del sistema renina-angiotensina se asocia fuertemente a la reducción del riesgo de episodios cardiovasculares, independientemente de la disminución tensional alcanzada. Este hallazgo convierte a la microalbuminuria (a partir de la cifra mencionada de 5 mg/min) en una diana terapéutica de primer orden.

En resumen, este artículo es una brillante actualización sobre microalbuminuria, centrada en la hipertensión y el daño vascular más que en la diabetes y la nefropatía. Su punto más débil es el énfasis en el tratamiento con ARA-II en detrimento de los IECA, cuando el conjunto de la evidencia demuestra que la eficacia de éstos es semejante, aunque su tolerancia es inferior.

Javier Martínez