



CARTA AL EDITOR

Comentario al artículo “*Evolution of the stage of cronic kidney disease from the diagnosis of hypertension in primary care*”. Limitaciones en el valor del filtrado



Comment to publication “*Evolution of the stage of cronic kidney disease from the diagnosis of hypertension in primary care*”. Limitations on filtering value

Sr. Editor:

Desearía felicitar a los autores Figueroa-García et al. por el artículo publicado recientemente en la revista Atención Primaria sobre la relación entre hipertensión arterial (HTA) y enfermedad renal crónica (ERC)¹. Me permito a través de estas líneas realizar un comentario general a su trabajo a manera de crítica, no tanto metodológica, sino de fondo. Siguiendo el documento de consenso recientemente publicado en la revista *Nefrología* sobre diagnóstico y manejo de la ERC, avalado por 9 sociedades médicas, entre las cuales está la semFYC², y basándome en las recomendaciones de las guías KDIGO seguidas en nuestro país por nefrólogos y médicos de atención primaria³, he de comentar que para realizar el diagnóstico de ERC debemos guiarnos por 3 parámetros (cualquiera de ellos por separado, 2 o los 3): filtrado por debajo de 60 ml/min/1,73 m², cociente albúmina creatinina (CAC) mayor a 30 mg/g o daño orgánico renal evidenciado, todos ellos durante 90 días y con una repercusión clínica determinada independientemente de la causa de esta.

Siguiendo las citadas guías está claro que el diagnóstico precoz es clave para evitar la progresión. Progresión que también queda definida como la pérdida de 5 ml/min/1,73 m² en un año, 10 ml/min/1,73 m² en 5 años o el 25% respecto a basal. Aumento del CAC del 50% o salto en el estadio. La HTA se encuentra entre los factores de riesgo y de inicio de la ERC. La HTA mal controlada y refractaria está, sobre todo, entre los factores de riesgo de progresión, y por último condiciona claramente en el caso de la HTA resistente (>3 fármacos) su derivación a nefrología para estudio y tratamiento.

Es conocido que el uso de la creatinina como diagnóstico de ERC tiene muy baja potencia, pues para que la creatinina

en sangre esté alterada se necesita al menos la pérdida de un 50% de la función renal. Tampoco el uso de la caída del filtrado *per se* está exento de errores diagnósticos (causas funcionales, ingesta de medicación antihipertensiva, dieta, AINE), por lo que debemos repetirlo ante la duda, al igual que la CAC, más sensible para detectar la progresión y daño endotelial.

La caída de 1 ml/min/1,73 m² con la edad, desde los 45 años, así como las correcciones en el filtrado que realizan las guías a partir de los 80 años, junto con la prevalencia de ERC similar en ambos sexos, hace que al menos a la hora de elegir las muestras representativas de su cohorte tengan ambas variables en cuenta.

Por último la existencia de otros factores de riesgo, de inicio, de progresión y de evolución a terapia renal sustitutiva como: obesidad, diabetes, dislipidemia, tabaco, enfermedades infecciosas crónicas, autoinmunes, urológicas, daño renal previo y antecedentes familiares de nefropatías impiden realizar conclusión alguna no sesgada o libre de errores.

La HTA, después de la diabetes mellitus, es la causa más frecuente de ERC con progresión a diálisis. Por ello debe quedar claro en este trabajo cómo se realizó el diagnóstico de la misma (consulta, AMPA o MAPA), qué cifras se utilizaron como diagnósticas^{4,5}, cuáles fueron los objetivos (cifras) de control, qué cifras tenían los pacientes de la cohorte en cada momento, qué medicación tomaban, a qué dosis (IECA baja el filtrado y aumenta la creatinina), cómo se realizaba el seguimiento (consulta, AMPA o MAPA) y qué pruebas se realizaban, aparte de explicar cómo se intensificaba el tratamiento y quién realizaba el seguimiento (enfermería, médico o farmacia comunitaria).

Bibliografía

1. Figueroa-García J, Granados-García V, Hernández Rivera JCH, Lagunes-Cisneros M, Alvarado-Gutiérrez V, Paniagua-Sierra JR. Evolution of the stage of chronic kidney disease from the diagnosis of hypertension in primary care. *Aten Primaria* [Internet]. 2022 [consultado 19 May 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-evolution-stage-chronic-kidney-disease-S0212656722000841>.
2. García-Maset R, Bover J, Segura de la Morena J, Goicoechea-Diezhandino M, Cebollada del Hoyo J, Escalada-San Martín J, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* [Internet].

- 2021 [consultado 19 May 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699521001612?via%3DiHub>.
3. KDIGO 2020 Clinical practice guideline for the diabetes management chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2020;98 S1-120. Disponible en: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2020/10/KDIGO-2020-Diabetes-in-CKD-GL.pdf>.
4. Williams B, Mancia, Spiering W, Agabiti-Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:160, e1-e78 <https://www.revcardiol.org/es-guia-esc-esh-2018-sobre-el-articulo-S0300893218306791>.
5. KDIGO 2021 Clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2021;99 S1-87. [consultado 19 May 2022]. Disponible en: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-2021-BP-GL.pdf>.

Miguel Angel María Tablado

Medicina de Familia, SEMAS, Madrid GdT HTA semFYC, Madrid, España

Correo electrónico: docencialosfresnos@hotmail.com