

**POLICLÍNICO “JUAN MARTÍ PI”
JICOTEA, RANCHUELO
VILLA CLARA**

CARTA AL EDITOR

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: PELIGRO POTENCIAL PARA LA SALUD

Por:

Dr. Daniel Ramón Gutiérrez Rodríguez¹, Dra. Clyne Rodríguez Pardillo² y Dra. Liliana Perdomo Morente³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. ISCM-VC. Policlínico “Juan Martí Pi”. Jicotea, Ranchuelo, Villa Clara. e-mail: daniel25@correo.unam.mx, bibranjc@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. ISCM-VC. Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Fisiología. Asistente. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:
NEFROPATIAS

Subject headings:
KIDNEY DISEASES

Señor Editor:

La enfermedad renal crónica (ERC) ha adquirido las proporciones de una verdadera epidemia, cuyo espectro completo recién comienza a entenderse. Considerando la tendencia demográfica, se ha proyectado que en el año 2030 habrá aproximadamente 2,2 millones de pacientes que requerirán diálisis o trasplante¹.

En relación con la ERC, se han usado diversos términos que muchas veces han causado confusión. Con el fin de introducir una terminología uniforme, la National Kidney Foundation (NKF-USA), en su Iniciativa para mejorar los resultados globales en enfermedades renales (Kidney Disease Improving Global Outcome-KDIGO)^{2,3} ha propuesto recientemente una definición formal para la ERC. Esta terminología ha permitido estandarizar las comunicaciones médicas –tanto clínicas como epidemiológicas– y también hacerla más comprensible a los pacientes. Esta definición ha facilitado los estudios de mapeo basados en poblaciones, mediante los cuales se ha estimulado la prevención, el tratamiento oportuno y la calidad de la atención a la ERC³.

La ERC se define como la presencia de un daño renal estructural con velocidad del filtrado glomerular normal o levemente reducida (VFG 60-90 mL), independientemente de la causa subyacente. La evidencia del daño estructural potencialmente progresivo puede derivar de un estudio hístico o radiográfico, o de las alteraciones persistentes del examen de orina por un plazo superior a tres meses, particularmente la presencia de albuminuria⁴.

De acuerdo con las guías de la National Kidney Foundation de los Estados Unidos (2002), la ERC se define como: el daño renal mayor a tres meses, confirmado por la biopsia o marcadores de daño renal, con disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) o sin ella, o que esta tasa sea menor de 60 ml/min/ 1,73 m² por más de tres meses, con daño renal o sin él⁵.

Los científicos han descrito cinco estadios de la evolución de la enfermedad renal crónica para una edad mayor de 20 años:

Estadio I: Daño renal con velocidad de filtrado glomerular normal o aumentada: VFG \geq 90 ml/min/1,72 m².

Estadio II: Daño renal con disminución leve de la velocidad de filtrado glomerular: VFG 60-89 ml/min/1,72 m².

Estadio III: Disminución moderada de la velocidad de filtrado glomerular: VFG 30-59 ml/min/1,72 m².

Estadio IV: Disminución severa de la velocidad de filtrado glomerular: VFG 15-29 ml/min/1,72m².

Estadio V: Insuficiencia renal: VFG < 15 ml/min/1,72 m² ⁽⁶⁾.

De acuerdo con la KDIGO, una VFG inferior a 60 mL corresponde a una ERC, sin requerir evidencia adicional de daño renal estructural. Este punto de corte fue seleccionado debido a que representa 50 % o más de reducción de la función renal normal de un adulto joven, además de la evidencia que demuestra que la morbilidad y la mortalidad aumentan a medida que la VFG disminuye por debajo de 60 mL. Los pacientes con VFG entre 60 y 89, sin daño estructural, no están definidos como enfermos de ERC⁴.

Actualmente, las principales causas de ERC son, en primer lugar, la diabetes y luego, la hipertensión arterial, que en conjunto representan aproximadamente 60 % de los pacientes en diálisis crónica.

La coexistencia de factores de riesgo cardiovascular no solo aumenta la morbilidad y la mortalidad por esta causa, sino también el desarrollo y progresión de la ERC.

Como consecuencia de todos estos análisis que demuestran la existencia de una asociación, independiente o no, entre eventos cardiovasculares y ERC, las guías del Joint National Committee (JNC) 7^{mo} reporte, incluyen como factores de riesgo mayor la microalbuminuria y una VFG (estimado por fórmula) < 60 ml/min⁷.

Factores de riesgo mayores:

- § Hipertensión arterial
- § Tabaquismo
- § Índice de masa corporal ≥ 30 (obesos)
- § Inactividad física
- § Dislipidemia
- § Diabetes mellitus
- § Edad (hombre mayor de 55 años y mujer mayor de 65)
- § Antecedente familiar (genética)
- § Microalbuminuria y velocidad de filtrado glomerular estimado < 60 ml/min⁷

Cuanto mayor control realiza una persona sobre la diabetes y la presión arterial, menos probabilidades tiene de contraer esta enfermedad.

Tratamiento para la enfermedad renal

Los controles rigurosos de la glucosa en la sangre y la presión arterial constituyen tratamientos fundamentales para la enfermedad renal. La presión arterial causa un efecto extraordinario sobre la velocidad con que progresa la enfermedad. Incluso, un pequeño aumento de la misma puede provocar que la ERC empeore rápidamente. Existen cuatro alternativas para reducir la presión arterial: disminuir el peso corporal, reducir la ingestión de sal, evitar el consumo de alcohol y de tabaco, así como realizar actividad física con regularidad. Estudios recientes sugieren que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), entre los que se incluyen el captopril y el enalapril, retrasan la progresión de la enfermedad renal y disminuyen la presión arterial. Esos medicamentos se recomiendan incluso para las personas que no son hipertensas, con el objetivo de reducir la presión a nivel glomerular. Otro tratamiento que los médicos indican en los casos de macroalbuminuria es la dieta baja en proteínas. Aparentemente, las mismas aumentan el gran esfuerzo que deben realizar los riñones. Una dieta baja en proteínas puede disminuir la pérdida de estas por la orina y aumentar su nivel en la sangre. Nunca comience esta dieta sin consultar con el equipo de profesionales de la salud que lo atiende⁷.

En nuestra experiencia, solo una pequeña porción de pacientes afectados por ERC son conocidos, por lo que la cantidad de enfermos o en riesgo es de enormes dimensiones.

Permanecen indetectados los pacientes con microalbuminuria, proteinuria y disminución de la VFG, o aún mejor, es necesario detectar las poblaciones en riesgo, entre las que se encuentran los pacientes ya afectados por alteraciones cardiovasculares⁶.

Referencias bibliográficas

1. Bethesda, MD. Renal data system. In: Atlas of end-stage renal disease in the Unites States. Washington: Institutes of Health; 2003. p. 1-560.
2. Eknoyan G, Lameire N, Barsoum R, Eckardt KU, Levin A, Levin N, et al. The burden of kidney diseases: improving global outcomes. *Kidney Int.* 2004;66:1310-4.
3. National Kidney Foundation KD. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002;39(Suppl 1):S1-266.
4. Mezzano AS, Aros EC. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de reno protección. *Rev Med Chile.* 2005;133(3):339-42.
5. García D. La conexión cardiorenal. *Rev Colombiana Cardiol.* 2004;11(2):99-105.
6. Bover J. La Enfermedad renal crónica como factores de riesgo cardiovascular. Barcelona: Fundación Puigvert; 2003.
7. Asociación Americana de Diabetes. Enfermedad renal [sitio en Internet] 2003 [citado 21 Nov 2005];[aprox. 6 p.]. Disponible en:
<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/enfermedad-renal.jsp>