



CARTA AL EDITOR

Réplica de la carta al editor de «Evolution of the stage of cronic kidney disease from the diagnosis of hypertension in primary care»



Reply to the Letter of Editor «Evolution of the stage of cronic kidney disease from the diagnosis of hypertension in primary care»

Sr. Editor:

Los autores del manuscrito al que se hace alusión agradecemos los amables comentarios y consideraciones: sin duda es un ejercicio necesario y valioso. A raíz de ellos, podemos mencionar lo siguiente:

Estamos de acuerdo con las pautas mencionadas para el diagnóstico de la enfermedad renal crónica (ERC). También consideramos que es importante hacer la diferenciación entre los criterios diagnósticos de ERC y la asignación de una categoría de la tasa de filtrado glomerular (FG), tal como se menciona en el apartado 1.2, de la *Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease* (KDIGO 2012), en donde en efecto, se debe tener evidencia de daño renal para hacer el diagnóstico de ERC¹. Es pertinente hacer mención de que en el primer nivel de atención (al menos en México) no es común contar con recursos diagnósticos para corroborar el daño renal. Entendemos con ello las limitantes diagnósticas y no solo las mencionadas por el autor: filtrado por debajo de 60 ml/min/1,73m², cociente de albúmina/creatinina 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. Entendemos incluso aquellas que ameritan una serie de intervenciones más complejas: biopsias (histológicas), por ejemplo, enfermedad de membranas basales delgadas; toma de imágenes (variantes anatómicas), como los riñones pélvicos, riñones en herradura, variantes vasculares, variantes de sistema urinario (uréter), etc., o incluso alteraciones tubulares que solo en el contexto experimental es posible determinar. Además, reconocemos en el artículo no solo las deficiencias en el diagnóstico de la ERC

como tal, sino incluso los casos de hipertensión secundaria (causas endocrinológicas, cardíacas, renales, reumatológicas) que, por ser este un primer nivel de atención, tampoco está dotado en México de todos los elementos diagnósticos posibles.

Respecto a la creatinina sérica, consideramos como un acierto que se haga mención de la baja sensibilidad de sus valores y de que por sí solos no deben de tomarse como un indicador de ERC debido a que se requiere de una pérdida del 50% o más de la masa renal para que la concentración de creatinina se eleve por encima del límite superior de referencia². Este fue el motivo por el que no se tomaron solo los valores de creatinina sérica, sino la fórmula de CKD Epi, aunque, obviamente, el resultado de la fórmula para la FGe también pudo verse afectada por situaciones no identificables al momento de realizar la determinación por laboratorio de la creatinina sérica y su posterior aplicación en la fórmula. Asimismo, en los sujetos estudiados, el descenso anual de la FGe fue de 5,8 mL/min al año de la medición inicial a la intermedia y en el segundo cálculo fue de 6,8 mL/min al año y en un promedio de 7 años perdieron 28 mL/min/1,73 m² y en 3,2 años la pérdida fue de 14,6 mL/min/1,73 m², lo que podría considerarse como una progresión de la ERC.

En la discusión del artículo también se reconoce el hecho de que la progresión de la ERC puede deberse al envejecimiento de la población estudiada, ya que la prevalencia de estadios avanzados de la ERC aumenta con la edad. Incluso esta condición puede considerarse «esperada» por el envejecimiento o la senescencia renal, en la que se cuenta con un menor número de glomérulos funcionales debido a la nefroesclerosis, con hipertrofia compensatoria de las nefronas restantes, volumen cortical disminuido y la presencia de quistes renales asociados a la edad, que son algo fisiológico y debido a la edad avanzada^{3,4}. Además, estrictamente no existe ningún estudio al día de hoy tan preciso como la determinación de inulina, que no se realiza ni siquiera en centros especializados de atención clínica, sino solo para fines experimentales y en algunos centros. Después de dicho estudio, el gammagrama con yodohipurato¹³¹ o tecnecio⁹⁹ serían los más precisos y tampoco hay una disponibilidad adecuada.

Por tanto, aunque guías tan importantes como la KDIGO mencionan recomendaciones como en este caso, según el médico que envía la carta al editor menciona, debemos ser conscientes de las limitaciones de las mismas guías y, más aún, de las limitaciones que encuentra la salud pública en los diferentes países.

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102409>

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102414>

0212-6567/© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Consideramos que existen diversos factores importantes para el diagnóstico y evolución de la ERC (como se menciona en el apartado de limitaciones del artículo) que no fueron tomados en cuenta para su análisis en el estudio: es posible que existieran causas subyacentes de la ERC que no fueron clínicamente evidentes y que, sin duda, pudieron generar sesgos sobre la evaluación de la evolución de ERC, ya que, para generar inferencias causales sobre la evolución de la ERC secundaria a hipertensión se debe tener un diagnóstico histopatológico específico del paciente que permita confirmar el diagnóstico de nefropatía hipertensiva, lo cual no es posible en el primer nivel de atención.

Por último, el diagnóstico de hipertensión arterial lo llevó a cabo el médico especialista en Medicina Familiar en el servicio de consulta de la Unidad de Medicina Familiar y las cifras que se consideraron diagnósticas para hipertensión arterial fueron: 1) $\geq 160/100$ mmHg en una ocasión o 2) $\geq 140/90$ mmHg en al menos 2 consultas médicas, bitácora del paciente con registros de cifras $\geq 140/90$ mmHg tomadas en el domicilio o ambas situaciones. Estos criterios de diagnóstico se mencionan en la *Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención* vigente para México en el momento del estudio (ya que hubo una actualización en el año 2021). Respecto a los objetivos del control (cifras), estos no fueron tomados en cuenta para el análisis. Sin embargo, los que se establecen en la guía antes nombrada son de $< 140/90$ mmHg⁵. El seguimiento fue llevado por el especialista en Medicina Familiar a través de la consulta médica mensual.

En el apartado de las limitaciones del estudio, se hace mención de que no se investigó un componente importante, como es el tipo de tratamiento antihipertensivo que llevaba cada paciente. Esto fue debido a que no formaba parte de los objetivos del estudio.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para redactar este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. CKD Work Group. Kidney disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney*

Int Suppl. 2013;3:1–150. Disponible en: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf.

2. García-Maset R, Bover J, de la Morena JS, Diezhandino MG, del Hoyo JC, San Martín JE, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2021.07.010>.
3. González BS, Pascual MR, Guijarro LR, González AF, Puertolas OC, Latre LM. Enfermedad renal crónica en Atención Primaria: prevalencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria.* 2015;47:236–45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.06.003>.
4. Denic A, Glasscock RJ, Rule AD. Structural and functional changes with the aging kidney. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2016;23:19–28, <http://dx.doi.org/10.1053/j.ackd.2015.08.004>.
5. Favela E, Gutiérrez J, Medina M, Rolón M, Sierra C, Viniegra A. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 2014. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/076GER.pdf>.

Juan Figueroa-García^a, Víctor Granados-García^b, Juan Carlos H. Hernández-Rivera^{c,*}, Montserrat Lagunes-Cisneros^d, Teresa Alvarado-Gutiérrez^d y José Ramón Paniagua-Sierra^c

^a Unidad de Medicina Familiar N. 26, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Sur de la Ciudad de México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

^b Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud, Área de Envejecimiento, Coordinación de Investigación en Salud, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

^c Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Nefrológicas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

^d Unidad de Medicina Familiar N. 31, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Sur de la Ciudad de México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

juancarloshhernandezrivera@hotmail.com

(J.C.H. Hernández-Rivera).